UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 18

FACULTÉ DE MÉDECINE

DIABÈTE & TROUBLES MENTAUX

REVUE CRITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1910

PAR

Gaston AYMÈS

Né à Saint-Vincent (B.-A.), le 20 juin 1886
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE (*Concours* 1907)
EX-INTERNE DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE (*Concours* 1908)
INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président.*
BOSC, professeur.
LEENHARDT, agrégé, } *Assesseurs.*
GAUSSEL, agrégé, }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

DIABÈTE & TROUBLES MENTAUX

REVUE CRITIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 18**

FACULTÉ DE MÉDECINE

DIABÈTE & TROUBLES MENTAUX

REVUE CRITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Gaston AYMÈS

Né à Saint-Vincent (B.-A.), le 20 juin 1886

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE (*Concours* 1907)

EX-INTERNE DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE (*Concours* 1908)

INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, professeur, *Président.* / BOSC, professeur, / LEENHARDT, agrégé, / GAUSSEL, agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
BOSC, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

À LA MÉMOIRE CHÈRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MADAME AYMÈS

En reconnaissance de l'affection qu'elle nous témoigne.

AYMÈS.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME CHAUVET

Remerciements et affectueux hommage pour tous leurs bienfaits.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ADOLPHE NICOLAS

Affectueux et respectueux hommage en remerciement de l'extrême bonté qu'il nous témoigne.

AYMÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

AYMÈS.

A MES MAITRES DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE

MM. le Dr ALOMBERT-GOGET, médecin en chef.
le Dr DANJEAN, médecin-adjoint.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

MM. le Dr TRIBAUDEAU, chirurgien en chef de la Maternité et du service des enfants.
le Dr POROT, médecin en chef, ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon.
le Dr BRAQUEHAYE, professeur-agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien en chef.
le Dr LEMANSKI, médecin en chef.

MEIS ET AMICIS

AYMÈS.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser un souvenir à tous ceux qui, à des titres divers, n'ont cessé de nous prodiguer leurs enseignements, leurs encouragements, leurs conseils.

Tout d'abord, nos remerciements vont à M. le professeur Rauzier, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Ils vont également à MM. les professeurs Bosc, Leenhardt et Gaussel, membres de notre jury.

Nous garderons toujours un souvenir reconnaissant de nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Marseille. Dans cette ville, nous avons eu l'honneur d'être pendant deux ans interne à l'Asile des aliénés. Notre maître, M. le docteur Alombert-Goget, médecin en chef, n'a cessé de nous témoigner la plus aimable bienveillance, et nous a initié avec patience et autorité aux données, souvent arides, de la psychiâtrie. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le docteur Danjean, médecin de l'Asile d'aliénés, a été pour nous un ami, dont nous n'oublierons jamais la délicatesse et les affectueux conseils.

Nous prions également M. le docteur Tribaudeau, chirurgien en chef de la Maternité et du service des enfants à l'Hôpital civil français de Tunis, de vouloir bien agréer nos remerciements pour l'amitié qu'il nous témoigne et le précieux enseignement clinique qu'il nous donne depuis que nous avons l'honneur d'être son interne.

Nous remercions aussi M .le docteur Porot, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon, médecin en chef de l'Hôpital français de Tunis, pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

Que nos anciens camarades de l'internat de l'Asile d'aliénés de Marseille, et MM. les docteurs Abbès, Aillaud et Granier en particulier, soient assurés que nous n'oublierons pas les heures si agréables, et déjà lointaines, hélas ! que nous avons dues à leur amitié.

Tous nos remerciements aussi à notre ami, M. Sari, interne en pharmacie, qui a bien voulu apporter tous ses soins aux nombreuses analyses d'urines comportées par notre travail.

Enfin, nous nous félicitons d'avoir trouvé dans l'internat de Tunis d'excellents camarades, et nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner à tous, et au docteur Vullien plus particulièrement, le plaisir que nous avons d'être parmi eux.

DIABÈTE & TROUBLES MENTAUX

REVUE CRITIQUE

INTRODUCTION

L'idée que nous nous proposons de développer dans cette thèse inaugurale, n'est certes pas neuve ; elle a sa genèse dans le fait suivant : nous avons eu l'occasion d'observer à l'Asile d'aliénés de Marseille, dans le service de notre maître M. le docteur Alombert-Goget, médecin en chef, un certain nombre de délirants chez lesquels l'analyse des urines, à l'entrée, décela la présence de glucose de façon constante, cependant que des symptômes généraux suffisamment affirmés ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une affection diabétique.

Nous crûmes bon alors de nous mettre au courant des travaux antérieurs se rapportant à ce sujet, et nous fûmes ainsi amené à penser, contrairement à l'opinion courante, qu'il n'était pas clair et démontré qu'un rapport de cause à effet existât entre le diabète et les psychoses.

Et, dès l'abord, s'effaça pour nous cette idée cependant classique, la distinction établie *à priori* entre les vé-

sanies dues à l'hérédité et « n'ayant avec le diabète qu'un rapport de coïncidence », et les psychoses diabétiques proprement dites. La distinction faite ainsi dans les psychoses survenant chez les diabétiques nous parut un peu artificielle. Celles-ci ne se rapprocheraient-elles pas de celles-là ? Les unes auraient-elles plus de réalité que les autres ? La question revenait à ceci : discuter l'existence de la diathèse diabétique psychogène.

En nous plaçant à un point de vue plus général, on pourrait dire que c'est, en somme, à l'heure actuelle, presque une anomalie que la folie diathésique. Nombreux sont les travaux faits sur cette question ; tous discutent cette idée : dans quel rapport la folie se trouve-t-elle avec les maladies diathésiques, telles que la goutte, le rhumatisme, l'asthme, les dermatoses, le diabète, le cancer ? Existe-t-il une folie goutteuse, une folie rhumatismale, une folie asthmatique, une folie dartreuse, une folie diabétique, cancéreuse, pour ne parler que de celles-là ?

Mabille et Lallemant, médecins de l'Asile d'aliénés de La Rochelle, ont fait une importante étude de ces folies diathésiques. Plus récemment, MM. les professeurs Mairet et Bosc se sont livrés à une étude expérimentale et clinique. Dans leur travail sur « l'aliénation mentale par troubles de la nutrition », publié dans les *Annales médico-psychologiques* (1892), il concluent que « ces recherches expérimentales réunissent dans un même groupe : aliénation mentale par troubles de la nutrition, des maladies mentales étudiées par certains auteurs sous autant de noms différents qu'il y a d'affections susceptibles de les produire. Ce n'est pas à tel poison microbien, à telle toxine, et, ajouterons-nous, à tel fonctionnement défectueux d'un organe, qu'il faut rattacher l'aliénation mentale, mais à un autre élément commun à toutes ces per-

turbations ; et comme le seul élément commun est le trouble subi par la nutrition, force nous est de rattacher ces aliénations mentales à ce trouble. »

N'est-ce donc pas sortir de la norme logique que de démembrer cette synthèse lentement faite, pour refaire, au profit d'affections physiques, des folies particulières ?

Etant donné le perpétuel devenir qui constitue le fond de toute vérité humaine, il est possible que la négation des folies diathésiques ne fût pas la solution irréductible, mais c'était un pas vers l'unification, et dans un domaine tel que celui de la psychiâtrie, où la classification joue un rôle prépondérant, c'était simplifier que d'unifier, c'était faire l'œuvre de synthèse, c'était donner une grande idée générale de plus.

Dans ce travail, sans prétention, nous nous proposons, après une revue chronologique rapide des divers auteurs et de leurs travaux sur la question, de donner, d'abord *in-extenso,* nos observations.

Elles seront de deux ordres : les unes se rapportent à des diabétiques vivant de la vie familiale et présentant simplement des modifications du caractère ; les autres sont des observations de diabétiques chez lesquels ont éclaté de véritables troubles mentaux, postérieurement à l'apparition du diabète. De ces dernières, nous tirerons quelques réflexions au sujet des rapports de l'affection physique et de la psychose, et nous rechercherons, en fin de chapitre, si l'on ne pourrait faire entrer dans l'étiologie de la psychose divers facteurs associés.

Puis, réunissant les cas semblables, dispersés dans la littérature médicale, nous essaierons de les faire entrer dans une série de classes distinctes, et, à propos de chacune de celles-ci, nous citerons une ou deux observations types.

Enfin, ayant éliminé ainsi le plus grand nombre des observations ne se rapportant pas étroitement à notre sujet, nous nous occuperons de voir s'il est possible de réunir quelques cas dans lesquels on signalerait une sorte de parallélisme entre l'aggravation et l'amélioration de la glycosurie et l'aggravation et l'amélioration de l'état mental.

Nous verrons, de la sorte, s'il est légitime de créer une classe de faits où le diabète serait directement, sans l'intervention d'autres facteurs adjuvants, cause de l'aliénation mentale, si en un mot il est possible d'admettre sans réserve l'entité clinique de la psychose diabétique.

Bien entendu, n'entrent pas dans notre sujet les faits de paralysie générale, avec glycosurie (Rouillard, Charpentier, Hamilton).

Quant aux observations impressionnantes de Laudenheimer et d'Ingegnieros (*loc. cit.*, Historique), où un syndrome de paralysie générale, apparu au cours du diabète, s'améliore avec lui, et reparaît avec lui, nous pouvons nous demander si ce ne sont pas là non seulement de pseudo-paralysies générales, mais de pseudo-diagnostics. On peut leur objecter la possibilité d'une rémission, d'une syphilis ancienne, méconnue ou cachée, l'absence du contrôle nécropsique, l'imprécision des signes oculaires si importants au cours de la paralysie générale, et enfin l'absence de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, qui aurait peut-être jeté une clarté nouvelle sur ces cas. Il est, en effet, actuellement admis qu'une paralysie générale, au début, peut être décelée presque uniquement par la ponction lombaire, et que, par conséquent, on ne peut nier ce syndrome que lorsque, à plusieurs reprises, la réaction lymphocytique s'est trouvée absente.

Nous laisserons également de côté les troubles mentaux qui peuvent accompagner le coma diabétique.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Quitte à y revenir plus tard, dans le cours de notre thèse, nous passerons une revue rapide des différents ouvrages, brochures et articles où les troubles mentaux des diabétiques ont été signalés ou étudiés.

L'existence de ces troubles a été signalée dès 1839, par les auteurs du Compendium de Médecine qui, à propos de la séméiologie du système nerveux, s'expriment ainsi : « L'aliénation mentale, l'idiotisme, viennent quelquefois mettre le comble à l'horreur d'un état que les malheureux diabétiques, ainsi que l'a observé deux fois l'un de nous, cherchent souvent à terminer par le suicide. »

Marchal de Calvi signale dans une première étude « un peu d'hypocondrie chez un malade diabétique », puis, en 1864, dans ses « Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète », il signale brièvement les rapports du diabète et des psychoses et conclut à l'existence de la « vésanie diabétique ». D'ailleurs, on le trouve souvent cité dans les travaux de Legrand du Saulle sur le même sujet.

A la même époque, Trousseau signalait aussi dans ses cliniques, des accidents nerveux, bizarres, dont il rapporte l'origine au diabète. Durand-Fardel, dans son Traité Clinique et Thérapeutique du diabète, publié à Paris, en

1869, nie que le diabète puisse engendrer des troubles psychiques. Pour lui, ceux-ci seraient plutôt justiciables de l'affaiblissement qui accompagne la maladie et de l'état hypocondriaque produit par l'impuissance. Toutefois, il convient qu'il a observé de la diminution de la mémoire, de l'inaptitude au travail. Il donne même la phrase déjà citée des auteurs du Compendium, et il ajoute : « J'ai peine à croire que de semblables éventualités puissent prendre place dans la symptomatologie du diabète. »

Lécorché, dans son Traité du Diabète, signale, sans s'y attarder beaucoup, des troubles du caractère chez les diabétiques. Il insiste un peu plus sur la tendance à l'hypocondrie, à la mélancolie, à l'insomnie.

Seegen (Der Diabetes mellitus auf grandlage, Zahlreicher beobachtungen, n° 75), publie quelques observations de diabétiques, avec réflexions sur les troubles psychiques qu'il a remarqués chez eux.

Cotard, dans un article paru dans les *Archives Générales de Médecine* de mars 1877, page 258, et intitulé « Folie et Diabète » cite cinq observations. Chez quatre de ses malades, l'aliénation mentale existait avant la manifestation du diabète. La cinquième observation sera étudiée au cours du chapitre V.

Legrand du Saulle, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 décembre 1877, page 1178, publie 4 observations chez des hommes dont l'âge varie de 40 à 50 ans. Il mentionne les idées de ruine, la mélancolie, le suicide, mais ces relations sont incomplètes ; dans aucune il n'est fait mention des antécédents héréditaires. Ces diabétiques à idées suraiguës de ruine, n'étaient-ils point des descendants de névropathes, d'apoplectiques, d'aliénés ou de suicidés ? Legrand du Saulle lui-même incline à l'admettre.

Los Santos (th. Paris, 1878), se fondant sur une observa-

tion communiquée par Legrand du Saulle, sur les observations précédentes, sur une observation du docteur Ludovic Guyot (dans laquelle l'amélioration fut lente même après traitement et régime, et où il n'est pas fait mention des antécédents héréditaires), et excipant enfin d'une observation personnelle, conclut à l'existence d'une classe de troubles mentaux causés par le diabète.

Bernard et Féré (Arch. méd., 1882), s'occupent aussi de la relation du diabète et des troubles mentaux.

Mary (Th. Paris, mars 1881) signale des troubles mentaux élémentaires, sans faire mention des psychoses ; il les réunit d'ailleurs, sous le nom commun de troubles cérébraux, aux convulsions, à l'hémorragie cérébrale, au ramollissement cérébral survenant chez des diabétiques.

Dreyfous (Thèse d'agrégation 1883), insiste sur les troubles du caractère survenant chez les diabétiques ; il cite quelques-uns de ses précurseurs, note « la perte d'appétit pour la pensée » (Lasègue), « l'apathie béate » (Legrand du Saulle), les défaillances morales, l'insomnie habituelle, le caractère acariâtre, l'exigence impérieuse, la tendance à l'hypocondrie. Il résume enfin les caractères du délire diabétique d'après Lasègue.

Fassy (Th. de Bordeaux, 1888) cite d'anciennes observations ; deux sont récentes, communiquées par Vergely. Il conclut à une modification profonde, causée par le diabète dans l'état mental de ceux qui en sont atteints ; modification qui peut aller jusqu'à engendrer des psychoses à forme mélancolique.

En 1890, dans le Journal of mental diseases, Eug. Riggs insiste sur les relations très intimes de cause à effet, qui peuvent exister entre le diabète et la mélancolie.

De même Cöhn, dans le Centr. Bl. f. Klin. med., 10 dé-

cembre 1892, relate quelques rapports entre le diabète et les troubles mentaux.

Toy. (Th. de Lyon, 1895), limite son sujet à l'étude de la glycosurie transitoire qui, essentiellement passagère, ne s'accompagne d'aucun autre signe de diabète et n'aggrave nullement le pronostic de la mélancolie au cours de laquelle elle apparaît le plus souvent.

Marie et Robinson, en 1897, signalent deux observations de diabète lévulosurique avec troubles mentaux qu'ils rapportent à la lévulosurie. Leur opinion est discutée par R. Lépine, qui, dans la Semaine Médicale (1899), étend la présence de ces troubles à certains cas de diabète glycosurique. Il cite une observation très complète de diabète glycosurique où les périodes d'acétonurie et de troubles mentaux paraissent coïncider d'une manière exacte.

En 1902, Cornu signale dans les Annales médico-psychologiques un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques.

En 1904, au Congrès de Pau, Oberthür et Chenais (de Paris) insistent sur l'importance de la recherche du diabète chez toutes les psychonévroses, surtout lorsqu'il s'agit de malades de souche arthritique. Chez un assez grand nombre de malades atteints de psychoses dépressives ou d'états délirants ou confus, ils ont constaté la présence de sucre en quantité notable. Dans presque tous les cas, un régime sévère, joint à la médication appropriée, a amené rapidement la sédation et la disparition des troubles psychiques (Revue neurologique, 1904).

Récemment, 2 cas de pseudo-paralysie générale diabétique ont été publiés, le premier en Allemagne par Laudenheimer (Diabetisch pseudo-paralysie. Archiv. für psych., in Nerventkrank. XXIX ; in Semaine Médicale, 1897), le second en France par Ingegnieros (Revue Neurologique, 1905).

Marchand et Olivier (Gazet. des hôp., 6 septembre 1906), font une excellente mise au point de la question, et admettent en conclusion un groupe de troubles mentaux dépendant directement du diabète.

A mentionner aussi un travail de M. le professeur Bosc, sur la même question, dans la *Revue de psychiâtrie* (1906).

Enfin, Sengès (Th. Toulouse 1909), faisant une revue générale des troubles mentaux du diabète, conclut à l'existence de troubles psychiques élémentaires, de psychoses diabétiques proprement dites, et de la paralysie générale diabétique.

CHAPITRE II

Depuis longtemps on distingue chez les diabétiques deux ordres de troubles psychiques :

1° Des troubles mentaux élémentaires, consistant surtout en modifications du caractère et du modus vivendi habituel ;

2° Des troubles mentaux vrais.

Nous allons en des chapitres différents, les passer successivement en revue.

Le portrait moral du diabétique non délirant a été maintes fois esquissé. Chaque auteur, selon sa bonne fortune en observations, a décrit plus complaisamment tel côté des troubles du caractère que peut présenter le diabétique. Nous croyons bon de réunir leurs vues en une étude d'ensemble. Nous ne citerons cependant pas leurs observations, que l'on pourra retrouver disséminées dans leurs œuvres individuelles ou en partie groupées dans les derniers travaux sur la question. Nous nous contenterons de synthétiser à grands traits, en citant quelquefois nos autorités et nous donnerons quelques observations personnelles.

Les troubles de l'intelligence sont assez rares chez les diabétiques. Même chez ceux dont l'affection est fort ancienne, on constate rarement la déficience intellectuelle vraie. Sans aucun doute, la sénilité a, chez eux comme chez la plupart des êtres, une influence d'affaiblissement

intellectuel, mais il ne paraît pas qu'il soit plus précoce ni plus marqué. Même pour les diabétiques dont les modifications du caractère constituent de véritables troubles mentaux élémentaires, la perception des analogies, des rapports entre les idées, la possibilité du concept clair et distinct reste intacte (Legrand du Saulle, Lasègue, Landouzy, Vergely). « Même lorsqu'ils se disent ruinés, qu'ils se lamentent, deviennent avares, ne se rendent à aucun raisonnement, même à ce degré, malgré leur profonde tristesse, malgré leur amaigrissement rapide, leur pâleur, ils peuvent encore dissimuler leurs anxiétés vis-à-vis du public, faire des affaires et se montrer tout aussi raisonnables qu'ils l'ont toujours été. » (Lasègue).

Seulement, ce qui peut en imposer quelquefois pour de l'affaiblissement intellectuel, c'est la difficulté qu'ils ont de se rappeler les termes entre lesquels l'esprit doit juger. Même explication pour le raisonnement, opération pour laquelle d'autres éléments plus complexes de comparaison, et surtout de réviviscence et de localisation dans le temps doivent intervenir. Ces éléments que l'on pourrait appeler les étais du jugement et du raisonnement, ne sont-ils pas l'imagination, la mémoire et le tonus affectif général de l'individu lui-même ? Et parmi ceux-ci, l'affectivité n'est-elle pas d'autant plus influencée que l'imagination est plus vive ? la mémoire n'est-elle pas d'autant plus riche qu'elle a un substratum plus vaste d'états émotifs.

Il peut donc y avoir une faiblesse apparente du raisonnement chez les diabétiques en même temps qu'une non déchéance réelle de leur intellectualité. Avec Lasègue nous caractériserons cela d'un mot : « la perte d'appétit pour la pensée. »

C'est la mémoire qui est le plus souvent touchée, mais

les troubles atteignent rarement l'amnésie prononcée signalée par Bernard et Féré. Ces troubles de la mémoire sont dus autant à la fugacité et au manque de tonalité émotive des impressions (qui ne laissent que peu ou pas de traces sur le miroir de la conscience) qu'à la difficulté de volition pour la reconnaissance et la localisation de ces impressions. C'est surtout dans le domaine de la sensibilité que se passent des modifications importantes, peut-être plus accusées chez les femmes que chez les hommes. Fréquemment le diabétique présente une passivité anormale, de l'indifférence, et de l'hypoaffectivité pour sa famille, qui s'aggrave quelquefois d'une hyperaffectivité pour lui-même. Cette tendance des diabétiques à être très soucieux d'eux-mêmes, peu accessibles aux préoccupations d'autrui, à devenir avares, à se croire ruinés, a été notée chez un grand nombre de malades.

Cette indifférence peut être remplacée ou peut même s'accompagner d'une sorte d'éréthisme nerveux qui se traduit par de la mobilité du caractère, des alternatives d'états hypothimiques et hyperthimiques. Les premiers existent surtout le matin dans les heures qui précèdent ou qui suivent immédiatement le lever, après les repas, après un effort musculaire prolongé ; les seconds se manifestent à propos des occupations de la journée, de la vie familiale et sociale, et sont différents dans leur expression : tantôt, pour un motif sans importance, on assiste de la part du diabétique à un véritable raptus d'irascibilité, pendant lequel même les personnes les plus chères à son cœur ont à subir d'injustes colères ; tantôt on peut constater chez lui de la gaieté anormale, expansive, avec tendance à s'exciter lui-même à ses propres discours.

Le docteur Linossier, de Vichy, mentionne la fréquence de ces troubles. En particulier, on peut citer le cas du ma-

lade de Mary, qui, ordinairement doux, serviable et affectueux, devint coléreux, indifférent et avare.

On signale classiquement chez le diabétique, la tendance à l'hypocondrie, affectant une forme de nosophobie analytique qui pousserait le malade « à disserter sur sa maladie à l'exclusion de tout autre sujet ». Cette hypocondrie serait même en raison directe de la quantité de sucre excrétée. Legrand du Saulle, a le premier émis cette opinion et la complète ainsi : « dès que les malades s'améliorent, dès que la quantité de sucre diminue d'une manière sensible ou disparaît passagèrement, ils redeviennent gais, dispos, confiants, moins soucieux d'eux-mêmes et plus accessibles aux préoccupations d'autrui. Leurs dispositions intellectuelles, en un mot, sont en raison directe de la présence, du dosage ou de l'absence du sucre. » Peu d'auteurs donnent confirmation absolue de cette assertion. Durand-Fardel écrit même que « le diabète est moralement bien toléré, alors qu'il serait très naturel que cette affection, qui reste comme une épée de Damoclès menaçant perpétuellement, fût cause de dépression et d'états mélancoliques multiples. » Personnellement, et après enquête auprès de quelques médecins, nous sommes portés à croire que la fréquence et l'intensité surtout de cette hypocondrie ont été exagérées.

On mentionne quelquefois aussi la crainte de la mort qui se développerait peut-être sous l'influence d'états cénesthésiques particulièrement angoissants. Nous la trouverons esquissée chez deux de nos malades.

Que penser également des idées érotiques qui se présentent chez des diabétiques femmes le plus souvent. Elles ont leur genèse dans une excitation prurigineuse, siégeant sur les organes génitaux, le clitoris, l'urèthre en particulier. L'examen physique permet alors de constater sur ces

organes une rougeur diffuse avec sécheresse des muqueuses. On rapporte ces lésions à une action irritante exercée par le passage des urines chargées de glucose. Et ce qui paraît venir à l'appui de cette idée, c'est que le prurit, expression clinique de cette irritation, subit une recrudescence après chaque miction. De plus, un traitement local (injection d'eau additionnée de levure), qui provoque par fermentation la disparition du glucose, l'améliore notablement. Il disparaît de lui-même lorsque le taux glycosurique est au voisinage de zéro.

Les conséquences du prurit peuvent résider en une excitation génésique des plus pénibles, qui conduit les malheureuses femmes à l'onanisme solitaire. Elles succombent, scandalisées, se méprisant et déplorant leur faiblesse. Elles peuvent même être portées, par de véritables impulsions érotiques, à des actes répréhensibles, à des outrages publics à la pudeur, dont on entrevoit l'importance au point de vue médico-légal (Lécorché, Cornu). Mais jamais ce prurit ne suffit, à lui seul, à provoquer des troubles mentaux véritables, ni des idées de suicide.

On peut, rationnellement, rapprocher de cette excitation génésique secondaire, l'impuissance de certains autres diabétiques, qui auraient perdu tous les appétits (Lasègue), et, en particulier, l'appétit sexuel.

Legrand du Saulle écrit : « Le diabétique accepte avec un optimisme relatif la perte de ses aptitudes viriles. Il accueille son impuissance avec étonnement, mais avec résignation. »

Il est certain qu'à ce point de vue aussi, le diabétique est plutôt un amoindri, mais il paraît difficile de croire à la fréquence d'une impuissance spéciale et totale, euphoriquement acceptée. On peut dire d'abord que, de même que l'excitation génitale relevée dans la tuberculose (Ca-

banès, Landret, th. Lyon 1904 ; W. H. Péters, J. A. A. 1908) n'est pas particulière à cette maladie et est susceptible de s'observer dans tous les autres processus toxiques et infectieux de l'organisme, chroniques ou aigus, de même l'impuissance qui accompagne le diabète n'est pas particulière à cette maladie. C'est un phénomène commun à toutes les affections qui tendent à diminuer la vivacité des impressions mentales, le tonus nerveux en général, la réflectivité médullaire en particulier.

De plus notre enquête personnelle, l'étude d'observations antérieures, nous ont confirmé dans l'idée, que non seulement ce trouble n'est ni fréquent, ni très accusé, mais qu'il est aussi parfois fort amèrement subi (Legrand du Saulle, docteur Ludovic Guyot, in th. Santos).

Pour Legrand du Saulle, les idées de suicide seraient fréquentes. Notre avis, conforme à celui de R. Lépine, est tout à fait différent.

L'existence de ces modifications de la sensibilité doit nécessairement entraîner des perturbations d'ordre volontaire, au point même qu'il est difficile de les séparer nettement, et impossible de concevoir les unes sans impliquer les autres. Toutefois, il convient, pour expliquer l'indécision, l'incapacité de vouloir et d'agir, l'inertie physique, de faire entrer aussi en ligne de compte l'état d'affaiblissement musculaire inhérent au diabète. Quelquefois, c'est une simple courbature, tantôt une véritable lassitude, un brisement de tous les membres, un tassement de l'individu sur lui-même (G. Sée). Quant au pourquoi même de cette atonie musculaire, il n'entre pas dans le cadre de notre travail de le rechercher.

Contour écrit : « Les diabétiques deviennent paresseux, tout est fatigue pour eux, ils reculent devant le moindre effort intellectuel et physique. » Dreyfous, dans sa thèse

d'agrégation essaie également de mettre en lumière cette défaillance de la volonté chez les diabétiques.

Nos observations et nos recherches nous ont confirmé la réalité de ces troubles : Apte à accomplir les actes quotidiens d'une profession déjà ancienne, le diabétique répugne à tout changement, à toute tentative pour orienter son activité dans un autre sens. On dirait même quelquefois qu'il refuse de se créer de nouveaux besoins pour s'éviter de nouveaux efforts. En particulier, sa puissance de sociabilité est généralement touchée parce qu'il ne saurait s'astreindre à la rigueur relative des conventions mondaines qui impliquent à un haut degré l'attention, l'observation et la maîtrise de soi. D'où cette tendance marquée pour l'isolement que l'on constate chez certains malades.

Leur maîtrise d'eux-mêmes est quelquefois si faible, que leurs réactions s'opèrent sans qu'ils puissent les enrayer, qu'ils ont de terribles colères, ainsi que nous l'avons déjà signalé, n'importe quand, n'importe où. Elles sont suivies souvent d'une réaction dépressive au cours de laquelle s'exagère l'asthénie physique.

Quelques degrés de plus et cette asthénie exagérée se traduit par de la tendance au sommeil. Celle-ci aurait d'ailleurs, pour quelques auteurs, la valeur d'un signe prémonitoire du diabète, surtout lorsqu'elle s'accuse après les repas. Les observations ne manquent pas où elle est signalée (Landouzy, In Clinique de la Charité, 1882, Vergely). Gilbert Ballet (in Revue de Méd., 1882) cite même un cas exceptionnel de véritable narcolepsie, caractérisée par des « attaques de sommeil qui surprennent le malade au milieu de n'importe quelle occupation. » Pour R. Lépine, cette somnolence serait de même ordre que celle qu'on observe si souvent chez les obèses.

Nous avons constaté une simple tendance au sommeil chez les diabétiques qu'il nous a été donné de connaître ; et nous avons noté aussi qu'elle n'était nullement contradictoire avec l'insomnie qui existe chez un grand nombre de ces malades. Ainsi, tel diabétique qui, dans l'après-midi, somnolait, qui, après le repas du soir, se réjouissait d'avoir grand sommeil pour jouir d'une agréable nuit, prenait, à peine couché, les positions les plus bizarres, s'énervait, se levait plusieurs fois pour se délasser, se recouchait. Cet état durait souvent jusqu'après minuit. Il s'endormait alors si bien qu'il avait, au matin, grand'peine à se lever.

Cette insomnie, qu'on a voulu expliquer par la fréquence des besoins d'uriner, semble plutôt relever d'un certain degré d'excitation cérébrale.

Enfin, nous devons signaler quelques cas rares de malades présentant de la soliloquie (Legrand du Saulle). Nous ne l'avons jamais constatée et plusieurs médecins que nous avons consultés à ce sujet, n'ont pu nous en signaler aucun cas. Toutefois, nous avons constaté, chez une diabétique âgée de 72 ans, une sorte d'automatisme de parole sans pensée, que nous rattacherions plus volontiers à de la déficience intellectuelle.

Quelques-uns des troubles de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté que nous avons décrits et étudiés, se retrouvent chez les malades dont nous publions ci-dessous les observations. Ce sont des malades que nous avons connus de près, soit dans nos relations habituelles, soit pendant un contact de quelques mois avec la clientèle, au cours de quelques remplacements.

Observation première.

(Personnelle)

Mme Jeanne B..., 39 ans, se sentait déprimée depuis six mois environ ; elle attribuait cet état aux nombreux chagrins qu'elle avait éprouvés et au surmenage occasionné par le départ de son mari et la longue maladie de ses deux enfants, atteints l'un de gastro-entérite grave, l'autre de scarlatine. Elle se rendait nettement compte qu'elle avait notablement maigri. De plus, elle sentait une diminution légère de sa mémoire : si elle omettait de noter une adresse, même très simple, d'inscrire les dates des rendez-vous nécessités par sa profession de couturière, la nomenclature des emplettes à effectuer, elle en oubliait la plupart. Le souvenir des faits anciens n'était nullement modifié. Mêmes ennuis dans sa maison : elle ne se rappelait plus où se trouvait tel objet placé par elle. Au début, elle attribuait cela à de la distraction. Quelquefois, en ces instants, elle avait des envies de pleurer ; son dépit, son « énervement », dit-elle, se traduisaient par une émotivité exagérée. Après ces accès de tristesse et de larmes, elle se trouvait mieux, n'aspirait plus qu'à se reposer, sans songer à quoi que ce fût, pendant quelques heures.

Des symptômes physiques de diabète, sans compter l'amaigrissement, complétaient ce tableau : polyurie fréquente, le jour surtout, polyphagie, polydipsie. Le traitement anti-diabétique et un régime mitigé furent institués. La glycosurie diminua d'une façon marquée, tandis qu'on notait chez la malade une moindre propension aux larmes, de l'amélioration de la mémoire, plus de courage, mais un peu d'irritabilité.

A l'heure actuelle, la glycosurie persiste, aussi forte qu'au début, en dehors des périodes de traitement. Jeanne B..., moins boulimique, est encore émotive, a des bizarreries subites du caractère, quelques défaillances de la mémoire, dont elle est seule à s'apercevoir, mais son état n'est en rien incompatible avec une vie normale.

Observation II

(Personnelle)

Mme X..., âgée de 50 ans, habitant Marseille, est atteinte de diabète glycosurique depuis plusieurs années. Pas de polyurie bien marquée ; plutôt pollakiurie. Polyphagie, polydipsie variables. Fait faire fréquemment en ville des analyses d'urine. Glucose variant entre 60 et 20 grammes, selon la sévérité du traitement médical et le régime.

Mme X... a présenté, quelques mois après le début de son affection, qui a été dépistée de bonne heure, des troubles du caractère perceptibles pour tout son entourage et qui, avec le temps, se sont modifiés. A certains moments, elle s'occupe fébrilement de tout, trouve tout mal, et pour un rien a une véritable explosion de colère : elle s'en prend à n'importe qui, sans égard pour les auditeurs, quels qu'ils soient. Elle ne cesse que lorsqu'elle est lassée elle-même ; elle se sent alors toute déprimée, comme si cette décharge avait usé tout son dynamisme. Elle manifeste le plus souvent un véritable regret de s'être exaltée ainsi, elle en est fort malheureuse, mais, dit-elle, un besoin irrésistible la pousse. Elle n'a pas de repos que cette réaction inévitable ne se soit manifestée. A certains jours, elle extériorise aussi quelques idées relatives à la crainte de la mort. Son sommeil est irrégulier, peuplé quelquefois de cauchemars.

Elle s'occupe d'ailleurs, malgré cela, avec la plus grande facilité et la plus grande compétence, du restaurant qu'elle dirige seule depuis la mort de son mari.

Elle même a remarqué que son caractère est meilleur, son état d'éréthisme nerveux moins prononcé lorsqu'elle suit un régime diabétique un peu sévère.

Observation III

(Personnelle)

Mme F..., âgée de 40 ans, a présenté, il y a six mois, une éruption furonculeuse généralisée, à laquelle ont succédé deux anthrax

du volume d'une grosse noisette, situés l'un au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche, l'autre, plus bas, au niveau de l'ensellure lombaire.

Traitement local par thermocautère et eau oxygénée : guérison bonne, mais lente. A cette occasion, une analyse d'urines faite par un pharmacien donne le résultat suivant :

Volume des urines en 24 heures.....	Inconnu
Densité.	1030
Glucose.	25 gr. par litre
Albumine	Néant
Acétone.	Traces

En même temps, on relève des symptômes généraux : soif exagérée, polyurie, léger amaigrissement, lassitude facile, qui permettent d'affirmer le diabète.

Mme F... ne compte dans sa famille aucun diabétique. Aucune hérédité vésanique ; tout au plus, hérédité nerveuse : père mort d'ictus apoplectique à l'âge de 60 ans. Mère présentant du goître peu prononcé et des crises assez espacées de coliques néphrétiques.

Dans ses antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde à 19 ans, quelques bronchites, des migraines fréquentes, sans vomissements ni photophobie.

La malade raconte elle-même que depuis quelque temps, elle ne se sentait plus la même. Elle se couchait avec le plus grand besoin de dormir, mais s'éveillait fréquemment. Au lever, elle se sentait plus lasse encore qu'au coucher, avec une sensation de pesanteur à la tête, un état nauséeux et une haleine très fétide.

Auparavant, elle faisait sa classe avec zèle et intérêt ; ce lui est maintenant un véritable supplice. La correction des devoirs, en particulier, lui est fort pénible. Ayant un fonds de sérieuses études primaires, une grande pratique de l'enseignement, elle se contentait autrefois d'indiquer sur un carnet ad hoc les grands paragraphes de ses leçons et quelques réflexions générales. Elle causait alors d'abondance, agrémentant ses causeries de digressions intéressantes, illustrant ses explications d'exemples choisis. A l'heure actuelle, il faut à sa pensée un substratum, un fil conducteur, qui est le livre auquel elle se reporte, et pour secourir sa mémoire, et pour diminuer l'effort de composition.

Elle manifestait un goût spécial pour les mathématiques, s'occupait volontiers de résoudre les problèmes difficultueux donnés par certains journaux ; elle n'en veut plus entendre parler, ayant trop de peine déjà à fixer son esprit sur le travail de chaque jour.

Tout l'impatiente. Dès le réveil, elle se sent prête à se fâcher au premier mot qui lui déplaira. En classe, elle s'emporte avec ses élèves, voudrait n'avoir pas une observation à faire et se refuse aux longues explications. Cet état d'irritabilité ne lui échappe pas et elle le décrit très bien.

Analyse des urines en août 1910 :

Volume en 24 heures	Inconnu
Glucose.	30 gr. par litre
Albumine	Néant

Traitement : eau de Vichy Saint-Yorre, vin anti-diabétique Talon pendant trois semaines. Au coucher, 1 gr. 50 de bromure de potassium. Le caractère paraît se modifier un peu dès la deuxième semaine ; l'énervement, l'irritabilité sont moindres. Mme F... s'intéresse davantage à son travail, reprend sa correspondance, qu'elle avait négligée jusque-là. Elle se rend compte que sa maladie, pour être chronique, n'en a pas moins une marche fort lente, et qu'elle a peu à craindre en se soignant.

En octobre, Mme F... a repris sa classe avec un certain plaisir ; elle se sent plus vaillante, mange bien ; après le repas, au début de la classe de l'après-midi, elle ressent quelque tendance au sommeil, vite vaincue cependant. Toujours un peu irritable et facilement déprimée. Suit un régime approprié et prend du vin de Talon : 20 grammes à chaque repas, deux fois par jour.

Analyse des urines le 20 octobre 1910 :

Glucose : 20 grammes par litre.

Observation IV

(Personnelle)

Marie R..., âgée de 48 ans, habituellement bien portante, quelques poussées bronchitiques mises à part, présente brusquement,

en 1908, une crise de rhumatisme articulaire aigu, s'accompagnant de température assez élevée, de phénomènes fluxionnaires et douloureux assez intenses. Cette affection cède à un traitement salicylé énergique et au régime lacté.

La malade présentait depuis quelques mois des irrégularités menstruelles. Elle n'a aucune hérédité vésanique. Hérédité diabétique : oncle et sœur diabétiques.

Une analyse d'urine, ayant pour but de renseigner sur le fonctionnement rénal, préalablement au traitement salicylé, donne comme résultat :

Volume des urines en 24 heures.....	Inconnu
Glucose par litre.....	32 gr.
Albumine.	Néant

La glycosurie était jusqu'alors ignorée. A noter toutefois que, depuis quelque temps, la malade se plaignait d'avoir du prurit génital, accusé surtout après les mictions.

Les douleurs rhumatismales ayant disparu, on fait procéder à une nouvelle analyse, qui donne :

Volume des urines en 24 heures.....	1490 grammes
Glucose	41 grammes
Albumine	Traces

La malade présente de la polydipsie, un amaigrissement notable : huit kilos en un mois environ, de l'anorexie avec état saburral des voies digestives, de la constipation, un peu de tympanisme abdominal.

L'examen du cœur est négatif.

L'examen des poumons décèle une bronchite ancienne.

La malade s'affecte peu de la révélation de l'affection diabétique. Elle se contente de remarquer, non sans humour, que la voilà lotie comme sa sœur, comme son oncle...

Toutefois, certaines tendances de son caractère paraissent s'exagérer depuis assez longtemps, si l'on en croit son entourage. Elle était d'un naturel apathique, qui paraissait devoir s'accentuer encore depuis deux ou trois mois. Après son rhumatisme, elle a cessé tout à fait de s'occuper de la comptabilité de son mari (marchand de grains), qu'elle avait tenue jusqu'alors. Tout

effort lui est désagréable. Son attention est diminuée et sa conversation s'en ressent. La lecture, qu'elle aimait beaucoup, lui devient une fatigue, parce qu'elle nécessite un trop grand effort et qu'elle ne comporte plus assez de jouissance intellectuelle. Elle ne vit plus ses livres comme autrefois. Les journées s'écoulent dans la salle à manger, près du feu. Parfois, elle s'inquiète de son apathie morale et physique. Après les repas, celui de onze heures du matin en particulier, elle s'endormirait volontiers et exige tout au moins qu'on fasse le silence autour d'elle. Le soir, on noterait plutôt un état hyperthimique avec loquacité, s'accompagnant de bouffées de chaleur, de palpitations douloureuses. Quelques instants après, elle tombe de sommeil, se met au lit, mais ne s'endort que très tard. Elle se réveille d'ailleurs plusieurs fois pour boire, pour uriner.

N'a pas eu ses règles ce mois-ci.

Un traitement anti-diabétique et reconstituant est prescrit : arséniate de soude, 0 gr. 01 centigramme par jour, eau de Vichy ; huit jours de traitement, huit jours de repos. Le taux de la glycosurie tombe peu à peu et l'état général s'améliore, pas cependant d'une façon synchrone. On donne alors sulfate de strychnine, 3 milligrammes par jour. Les forces de la malade augmentent, elle engraisse rapidement, reprend quelques-unes de ses occupations de ménage.

Analyse des urines :

Glucose	Néant
Albumine	Traces légères

Les règles ne sont pas revenues. La malade ne vit plus aussi activement que par le passé, elle se sent modifiée, diminuée, sent que son état physique est plus précaire et éprouve davantage le besoin de se soigner. Elle décide son mari à vendre son fonds de commerce.

Actuellement, elle a augmenté de 11 kilos, mais vit assez effacée, fréquentant un petit cercle d'amis, se fatiguant vite. Dernière analyse en septembre 1910 : pas de glycosurie.

Elle présente de l'entéro-colite muco-membraneuse bien caractérisée, pour laquelle elle suit un régime spécial.

OBSERVATION V
(Personnelle)

Françoise R..., âgée de 53 ans, sœur aînée de Marie R... (observation IV), présente des symptômes nets de diabète depuis sept années environ. Plusieurs analyses d'urine pratiquées par divers pharmaciens, ont confirmé le diagnostic clinique. Aucune hérédité vésanique.

A noter un oncle diabétique, une sœur diabétique.

Comme antécédents personnels : fièvre typhoïde à 12 ans, variole à 18 ans.

Le diabète a évolué chez cette personne sans incident pendant quatre ans environ. Au bout de ce laps de temps, apparition de troubles du caractère et du *modus vivendi* habituel, qui sont allés progressant jusqu'à l'heure actuelle, où ils atteignent leur maximum.

Françoise R... a été soumise à divers traitements médicamenteux. Elle a fait notamment un traitement avec : pipérazine, 0 gr. 50 centigrammes ; arséniate de soude, 0 gr. 005 milligrammes par jour ; une semaine de chaque et une semaine de repos. L'amaigrissement, très rapide au début, a suivi des fluctuations diverses. Le taux de la glycosurie a été constamment très variable, ainsi qu'en témoignent de nombreuses analyses :

Maximum : 65 grammes de glucose par litre ; 143 gr. 975 dans les 24 heures.

Minimum : 6 grammes de glucose par litre ; 10 gr. 50 dans les 24 heures.

Régime alimentaire habituellement animalisé et dépourvu, autant que possible, d'hydrates de carbone.

Nous ne donnons pas le détail des analyses, car il n'y a absolument aucune corrélation entre les modifications survenues dans le caractère de cette malade et le taux glycosurique.

A noter une véritable boulimie, surtout marquée dans les premières années, une polyurie persistante, qui oblige la malade à se lever trois ou quatre fois par nuit, et de la fatigue générale rapide.

Les divers organes et appareils sont normaux. A signaler des

œdèmes fugaces à localisations variables, de la rougeur de la vulve avec prurit assez bien supporté. Ce prurit est bien calmé par des lotions à l'eau vinaigrée et par des injections d'eau additionnée de levûre de bière.

Troubles de la sensibilité périphérique : prurit de la face postérieure des jambes, surtout au moment du coucher, causalgies.

Palpitations survenant à la moindre émotion et s'accompagnant d'un peu d'éréthisme cardiaque. Faciès congestionné après les repas.

Les troubles du caractère consistaient, au début, en un état habituel de dépression physique accompagnant de l'asthénie physique. Cette malade n'aurait jamais voulu sortir, tout effort, en dehors de ceux peu pénibles et habituels, lui était une cause de souffrances et de récriminations.

Avant de se mettre au lit, elle se tourmentait déjà à l'idée de ne pas dormir ; une fois couchée, elle s'endormait fort tard, se levait tard et de fort mauvaise humeur. Son instabilité frappait tout le monde ; sa gaîté était toujours trop exubérante et la tristesse et le mécontentement de soi et des autres lui succédait bientôt. Elle provoquait les discussions pour des motifs sans importance et y apportait une âpreté et une dureté bizarres. Peu à peu, des tendances égocentriques naissaient, s'affirmaient, jusqu'à aboutir à un certain degré d'indifférence pour les membres de sa famille ; des idées de ruine, sans fondement réel, s'y ajoutaient bientôt. A noter aussi un peu d'infidélité de la mémoire.

A l'heure actuelle, la mue du caractère est complète ; la personnalité réactionnelle de Françoise R... est absolument modifiée. Elle ne présente cependant aucune déficience intellectuelle, s'occupe de son ménage, et les changements de son caractère n'ont d'autre importance que de tourmenter beaucoup l'entourage.

Le taux de la glycosurie est fort bas.

Volume des urines en 24 heures.....	1750 cm. cubes
Glucose par litre	6 gr.
Glucose par 24 heures	10 gr. 50

Observation VI

(Personnelle)

Dalila T..., 61 ans, habite Marseille.

Antécédents héréditaires. — Une sœur diabétique, morte de tuberculose.

Père mort d'une attaque à 78 ans. Mère morte de tuberculose à 55 ans.

Pas de maladies nerveuses ou mentales. Grands-parents et oncles morts âgés.

Antécédents personnels. — Colique hépatique à 35 ans, une seule crise.

Avait, dans les journées précédant ses règles, des douleurs dans les membres, qui ont disparu à la ménopause.

Une fille (à l'âge de 19 ans), morte de tuberculose rapide.

Un petit-fils, « faible de poitrine ».

A été artiste d'opéra (2e chanteuse).

Pertes d'argent à Constantinople en 1896.

Début apparent de la maladie en 1906. — Prurit vulvaire avec œdème inflammatoire considérable. Chute des dents. Amaigrissement.

Etat actuel. — Amaigrissement : 15 kilos perdus depuis quatre ans. Pas de soif exagérée. Bon appétit. Dort bien. Toujours prurit vulvaire plus ou moins fort. Prurit cutané. Pas de troubles cardio-vasculaires. Excitation génitale avec sensations erronées, au sujet de laquelle elle est très réticente.

Urines claires habituellement, de quantité variant entre 2 et 3 litres.

Analyse en juin 1909 :

Volume en 24 heures	2650 cc.
Glucose	33 gr. 32 par litre
Albumine	Traces

Analyse en août 1910 :

Volume en 24 heures	2250 cc.
Densité	1026
Albumine	Néant
Glucose	5 grammes

Analyse en octobre 1910 :

Volume en 24 heures	2530 cc.
Densité	1030
Albumine	Néant
Glucose	37 gr. 92 par litre
Glucose par 24 heures	85 gr. 93

État mental. — Très émotive : pleure facilement pour des motifs futiles. Dit elle-même, pour dépeindre son état émotionnel, qu'elle ne peut penser à son existence présente sans rire ou pleurer.

La fatigue survient vite sous l'influence d'un travail un peu actif. Craintes de mourir extrêmes. Supplie le médecin qu'on ne la laisse pas mourir. Pleure. Est alarmée extrêmement par le moindre symptôme de sa maladie un peu plus accusé que d'ordinaire. Elle ne fait nullement de la nosophobie analytique ; ce n'est qu'à l'occasion d'une courbature plus tenace, d'un prurit plus intense qu'elle s'inquiète. Pas d'avarice pathologique. A une grande tendresse pour son petit-fils. Pas de troubles de la mémoire. Pas de troubles du jugement. A suivi assez régulièrement, pendant trois mois, un traitement général par l'arsenic : liqueur de Fowler, X gouttes par jour ; 20 jours de traitement chaque mois, eau de Vichy, et un traitement local (pommades sédatives, lotions, injections) pour son prurit.

Le traitement n'a jamais rien changé à son état pathologique. Seul, le prurit a paru influencé.

De l'examen de ces observations il résulte que les troubles manifestés par nos malades consistent surtout en de la paresse intellectuelle et diminution de la mémoire (obs. I, II, IV, V), des préoccupations hypocondriaques plus ou moins accusées (obs. II, IV, V, VI), de la mobilité d'hu-

meur (obs. II, III, V), de l'émotivité, de l'hypoaffectivité avec tendances égocentriques (obs. V), de la diminution de l'énergie morale et physique (obs. I, II, III, IV, V).

Dans tous les cas, le traitement spécial a été suivi avec des résultats variables, et nous ne partageons pas d'une façon absolue l'opinion de bien des auteurs qui affirment améliorer les troubles psychiques par le traitement.

Dans les observations I, II, III, ces troubles ont diminué quand le taux glycosurique a baissé sous l'influence du traitement ; dans les observations V et VI, ils ont persisté aussi intenses qu'auparavant. Dans l'observation IV, quand le taux glycosurique est tombé à zéro les troubles ont disparu partiellement ; ceux qui ont persisté sont atténués. Peut-être faut-il attribuer le reliquat à l'action concomitante de la ménopause.

On est donc fondé à admettre dans le diabète, des troubles psychiques élémentaires. Il n'en faudrait cependant pas exagérer l'importance, ni leur attribuer un caractère de spécificité comme on a une tendance à le faire. Il n'est pas douteux que tout organe malade entraîne en même temps que des troubles de la cénesthésie, des modifications élémentaires dans l'état mental. Et lorsque cette maladie est chronique, avec symptômes visibles pour le malade, son influence sur l'état moral de celui-ci est profonde. Tardieu a fait paraître dans la *Revue philosophique,* un article où il peint admirablement le chronique.

Ainsi, pour la tuberculose pulmonaire, on a reconnu que « le caractère du tuberculeux et son intelligence s'affectent plus ou moins. » On a noté chez le malade, des préoccupations hypocondriaques, l'exagération de l'égoïsme brutal (Saxe). « Les malades deviennent irritables, mobiles à l'excès, et peuvent même se laisser aller à de

véritables tendances impulsives. La soliloquie existe quelquefois, la volonté est toujours diminuée. » (Régis, Morselli).

Autre exemple : dans le cancer, Mariotte (Th. Bordeaux) décrit chez les malades des idées tristes, de l'anxiété, de la somnolence, « de l'asthénie psychique, avec prédominance d'aboulie, de diminution de la volonté. » L'insomnie, ou la tendance au sommeil, selon les malades, ne sont pas rares dans cette affection.

Enfin, on peut citer encore les dermatoses elles-mêmes pour lesquelles on décrit des troubles psychiques superposables par bien des côtés aux troubles psychiques du diabète (Régis, Traité de Psychiâtrie, 4e édition, p. 674).

CHAPITRE III

Si l'on constate fréquemment chez les diabétiques des troubles psychiques élémentaires, il est plus rare d'observer chez eux des troubles mentaux organisés en véritables psychoses. Bien entendu, nous parlons ici du diabète qui, comme dans les cas précédents, est fondé sur tout un syndrome clinique. N'entrent nullement en ligne de compte les glycosuries alimentaires et les glycosuries transitoires signalées par Lailler (De la glycosurie chez les aliénés. Annales méd. psych. 5e série, II, juillet 1869, p. 46), et bien étudiées par Toy, sous l'inspiration du professeur Pierret. Celles-ci ne s'accompagnent jamais d'autres symptômes de diabète et leur caractère essentiel est leur extrême variabilité et leur fugacité.

L'aliénation mentale peut exister avant le diabète ; de même, le diabète peut exister avant l'aliénation mentale. Il paraît donc intéressant de voir quelle est, d'une façon générale, la fréquence des rapports de ces deux affections.

Blair, dans le Journal of mental science, octobre 1900, signale le diabète chez 2 à 5 pour 100 de ses malades.

Bond (Diabète et al. mentale, in British méd. J., 28 septembre 1895) a trouvé sur 175 aliénés, 12 glycosuriques, mais il n'a pu que dans un seul cas être certain de la préexistence du diabète.

D'après Lailler, le diabète serait plus fréquent chez les aliénés que chez les sujets sains.

D'autre part, Berger, cité par Landenheimer (Berlin. Klin. Wochensch.), croit qu'il existe des anomalies mentales chez la plupart des diabétiques.

Quant à Von Norden, il n'aurait pas trouvé un seul diabétique sur 2.635 aliénés. Cette assertion, opposée aux précédentes, paraît surprenante à Landenheimer (Berlin. Klin. Wochensch., mai 98, p. 463), et à R. Lépine, qui le cite.

Nos recherches personnelles, fondées sur l'examen des urines de 1.500 aliénés environ, nous ont montré la rareté des glycosuries transitoires. Jamais non plus nous n'avons trouvé de diabète survenu au cours de l'internement, à titre de maladie intercurrente. Les seules glycosuries permanentes, entrant dans le syndrome diabète, que nous ayons constatées, ont été signalées par la famille ou révélées dès l'entrée par l'analyse systématique des urines : six ou sept à peine en trois ans, pour le service des femmes, à l'Asile de Marseille, où cependant il y a un mouvement annuel de plus de 300 malades.

Notre excellent ami et collègue d'internat, le docteur Aillaud, qui a bien voulu de son côté pratiquer, pour ses entrées, l'analyse systématique des urines, a obtenu des résultats qui confirment les nôtres.

Nos observations relatives aux rapports du diabète et des troubles mentaux, sont au nombre de six. Dans les unes, on peut noter de l'hérédité vésanique (vésanies dues à l'hérédité) ; dans les autres, il n'en existe pas (psychoses diabétiques proprement dites), et cependant leur évolution est peu différente. C'est pourquoi nous les avons réunies, sans tenir compte de cette distinction classique.

Observation VII

(Personnelle)

Rosa L..., 34 ans, israélite, née à Constantinople, entre, le 24 août 1907, à l'Asile de Marseille, avec le certificat suivant du docteur Lachaux : « Aliénation mentale caractérisée par de l'excitation maniaque, avec désordre dans les actes et les idées, agitation. »

Antécédents héréditaires. — Grands parents morts du choléra. Père décédé, mère très rhumatisante, décédée également.

Pas d'antécédents vésaniques ni diabétiques.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure grave. N'a pas eu de convulsions quand elle était jeune ; est réglée régulièrement ; ses règles ne s'accompagnent jamais de douleurs ni de maux de tête, ni de changements du caractère.

Présenterait depuis six ans des crises nerveuses (?) mal décrites par la famille. Depuis six ans aussi elle est diabétique.

Etat actuel. — La malade présente de l'excitation notable et doit être maintenue au lit. Teint coloré, figure très animée, vultueuse, très mobile. Désordre des actes : repousse les couvertures, se met entièrement nue, frappe dans ses mains, bat des pieds contre les ferrures du lit, laisse tomber violemment sa tête sur l'oreiller et crie par instants. Logorrhée traduisant une fausse incohérence qui est plutôt de la fuite des idées.

Instabilité des désirs : demande à boire et rejette le lait au visage de la religieuse, prie doucement qu'on s'approche et frappe... Se livre à une dépense de forces anormale. Pas de température.

25 *août. Certificat de vingt-quatre heures :* Présente des périodes d'excitation, avec désordre des idées et des actes et doit être maintenue en observation. Signé : Dr Alombert-Goget.

Une analyse quantitative des urines, pratiquée le 26 août, donne les résultats suivants :

Volume en 24 heures	980 cc.
Densité	1035
Réaction	Acide
Glucose	92 gr. 50 par litre

Les analyses antérieures, pratiquées en ville par un pharmacien, donnaient :

Le 3 Décemb 1903 — d. = 1032 glucose 14 gr. 50 pour 870 cc.
Le 7 Novemb. 1905 — d. = 1022 — 6 gr. 25 pour 940 cc.
Le 26 Juillet 1907 — d. = 1035 — 40 grammes par litre.

29 août. — Même état mental. Est maintenant levée, mais est toujours aussi excitée, désordonnée dans ses actes et sa tenue, violente dans ses réactions.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1000 cc.
Réaction.	Acide
Densité.	1042
Glucose.	67 gr. 25 par litre

30 août. — Aucun changement.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1100 cc.
Réaction	Acide
Densité.	1041
Glucose.	64 gr. 10 par litre

3 septembre. — Est moins agitée, est triste, veut sortir à tout prix, pleure, frappe d'autres malades, pince les religieuses qui l'approchent et dit qu'elle est mourante.

Traitement anti-diabétique : antipyrine, 1 gr. 50, bicarbonate de soude, 3 grammes par jour. Régime dépourvu, autant que possible, d'hydrates de carbone.

8 septembre. — *Certificat de quinzaine :* Est atteinte de lypémanie avec agitation. Diabète. A maintenir en traitement. Signé : Dr Pélissier, médecin-adjoint.

9 septembre. — Même état de tristesse inquiète et agitée, avec raptus violents à certaines heures. Emotivité notable. Veut sortir.

13 septembre. — Suppression du traitement. On laisse le régime spécial.

25 septembre. — Est assez améliorée pour pouvoir être rendue à sa famille, qui insiste pour la reprendre.

Analyse des urines à la sortie :

Volume en 24 heures.....	1220 cc.
Glucose.	60 gr. par litre

Deuxième admission. — Entre le 28 septembre 1907, après être restée à peine quelques jours chez elle. Un certificat du docteur Cheylan conclut à la nécessité d'un nouvel internement, motivé par l'agitation de la malade.

Analyse des urines à l'entrée :

Volume en 24 heures	1200 cc.
Glucose	32 gr. par litre

29 septembre. *Certificat de vingt-quatre heures.* — A maintenir en observation. Signé : Dr Pélissier.

30 septembre. — Pleure continuellement, en même temps qu'elle présente cette concentration pénible de l'esprit, caractéristique des états mélancoliques, de l'anxiété, quelques vagues idées de persécution, entraînant quelques réactions violentes. Demande des faveurs, un régime alimentaire plus soigné.

1er octobre. — Même état d'anxiété avec subagitation. Importune les médecins, qu'elle suit sans cesse à la visite.

Traitement anti-diabétique en tout point semblable au premier.

5 octobre. — Aucun changement dans l'état mental.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1950 cc.
Glucose	21 grammes par litre

9 octobre. — *Certificat de quinzaine* : Mélancolie avec subagitation légère, anxiété, obsessions, insomnie. Diabète. A maintenir en traitement. Signé : Dr Alombert-Goget.

12 octobre. — Cessation du traitement. Toujours inquiète et tourmentée, moins geignarde cependant.

19 octobre. — Etat de légère amélioration.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	2 litres 20
Glucose.	26 gr. 44 par litre

30 octobre. — Sort sur la demande de sa famille, et presque entièrement améliorée ; a été perdue de vue.

Observation VIII

(Personnelle)

Madeleine V..., originaire des Landes, âgée de 40 ans, célibataire, entre à l'Asile d'aliénés de Marseille, le 7 juin 1907, avec un certificat du docteur Pujol : « Présente depuis quelques jours des idées de persécution, dit qu'on veut la tuer, l'empoisonner. Elle cherche à se sauver et s'est emparée d'un couteau pour se tuer. »

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants.

Aucune hérédité vésanique ni diabétique.

Antécédents personnels. — Quelques convulsions dans son jeune âge, bronchite. Pas de maladie infectieuse autre que la grippe. Diabète depuis 4 ans. De nombreux chagrins à ce moment-là.

Etat actuel. — Raconte qu'elle a eu pendant quelque temps une sensation de boule qui montait de sa poitrine à sa gorge. Elle a disparu depuis 2 ans.

Cœur, poumons, appareil digestif, normaux. Quelques crampes d'estomac. Réflexes patellaires exagérés légèrement, pharyngien aboli. Pupilles normales. Zones d'hypéresthésie sous-mammaire et au niveau des apophyses épineuses dorso-lombaires.

8 *juin.* — A l'observation, elle sait son nom, son âge. Extériorise des préoccupations mystiques ; veut distribuer à la Sainte-Vierge et aux pauvres une somme d'argent qu'elle croit posséder. Des idées d'indignité et de culpabilité surtout religieuse se greffent sur ce fait. C'est parce qu'elle est une malhonnête (?) que son patron — elle dit ceci comme une confidence — lui a remis tout cet argent qu'elle veut consacrer à Dieu et aux hôpitaux.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état d'anxiété avec préoccupations mystiques et doit être maintenue en observation. — Docteur Al. G.

12 *juin.* — Ne dort pas la nuit. Depuis avant-hier se frappe violemment le visage avec les mains. Tendance aux mutilations volontaires ; déchire ses jambes et ses bras avec ses ongles. Doit être mise au lit et protégée contre elle-même.

Analyse des urines recueillies à la sonde :

Volume en 24 heures	Inconnu.
Réaction	acide
Albumine	néant
Sucre	42 grammes

22 *juin.* — Peu de changement. Parle d'un ton théâtral, dramatique, exhortant l'entourage à admirer l'infinie bonté, l'infinie puissance de Dieu, de ce Dieu dont elle redoute la justice, et qui sait, parfois, être si miséricordieux. Se couche fréquemment à même le sol, par humilité. Elle a quelquefois de brusques et très violentes agitations.

Certificat de quinzaine. — Lypémanie anxieuse avec idées de culpabilité et d'indignité. — Dr Alombert-Goget.

30 *juin.* — Etat mental stationnaire. Sitiophobie partielle.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1600 cc. (?)
Glucose par litre	37 grammes

11 juillet. — S'est levée brusquement de son lit, et se mettant à genoux, s'est frappé le front contre le parquet, à plusieurs reprises, en s'accusant de crimes imaginaires. Ecchymoses frontales consécutives.

15 août. — Est un peu désorientée dans le temps et dans l'espace ; demande si c'est bien ici l'asile d'aliénés, si c'est Marseille. Ne sait dire depuis combien de temps elle est en ce lieu...

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1.200 cc. (?)
Albumine	Néant
Glucose	50 gr. par litre

Octobre. — Depuis la fin septembre, les idées délirantes d'indignité et d'auto-accusation paraissent devenir de moins en moins

actives. La malade s'isole moins, cause d'autre chose que de ses préoccupations. Elle finit même par s'occuper d'abord au ménage puis à l'atelier de couture.

Dort bien la nuit. S'alimente raisonnablement. N'a pas suivi de traitement pour son diabète. A pris de la morphine du 12 au 24 juin, à doses rapidement croissantes (jusqu'à 6 centigr), puis décroissantes, sans que son état en soit nullement modifié.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures..... 1720 cc.
Glucose..... 46 gr. par litre

4 novembre. — Sort en congé sur la demande de sa famille. Son état s'est maintenu amélioré pendant 3 mois, ce qui a permis de transformer son congé en sortie définitive.

Observation IX

(Personnelle)
Recueillie dans le service de M. le Docteur Porot (Tunis).

Isidore Ismaël M..., âgé de 33 ans, représentant de commerce, né à Bizerte, demeurant à Tunis, entre à l'hôpital civil français de Tunis, avec le certificat suivant du docteur Cardoso :

« Est soigné depuis 2 ans pour troubles nerveux. A eu d'abord la fièvre méditerranéenne, puis un diabète assez fort, Ensuite sont survenus des phénomènes nerveux se traduisant par de la mélancolie du calme taciturne, et faisant bientôt place à de l'exaltation. Il veut toujours avoir raison, s'exalte avec les armes, avec son fils, sa femme. Il croit avoir conclu des affaires alors qu'il n'en est rien... »

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer du larynx à 48 ans. Mère vivante, en bonne santé, âgée de 65 ans. Frères et sœurs bien portants. Un fils studieux, appliqué, de bonne santé habituelle. Aucune hérédité vésanique, ni diabétique.

Antécédents personnels. — A eu, étant en nourrice, des convulsions. Bien portant habituellement, il a été, il y a 2 ans environ, atteint de grippe affirmée fièvre méditerranéenne. Peu après,

il a présenté du diabète glycosurique. Plusieurs analyses d'urine décélaient des quantités de glucose variant entre 30 *et* 12 *grammes.* L'affection a duré 9 mois, nettement caractérisée ; amaigrissement et fatigue générale rapide, polyphagie légère, polydipsie. Un peu avant la dernière analyse négative, il a présenté, en même temps qu'un amaigrissement progressif, des changements du caractère. De très doux et accommodant, de poli et réfléchi, il est devenu irritable, soupçonneux, indifférent et insouciant. Puis il s'est mis à mentir sans raison, tantôt refusant de s'expliquer lorsque la supercherie était découverte, ou bien s'excusant humblement d'avoir menti. Il devenait même volontiers grossier pour les plus futiles prétextes. Chez les fournisseurs, il discutait âprement sur la valeur de ses achats et la qualité des marchandises, ne payait qu'en rechignant. Tout l'entourage était frappé de ce changement dans son *modus vivendi* habituel. Il entrait quelquefois dans de violentes colères, à la suite desquelles il accusait un sentiment d'oppression, et pleurait.

En même temps, il échafaudait d'ambitieux projets, ayant un certain fondement. Ruiné, il voulait se refaire une fortune, et se suggestionnait aisément en affaires ; toute affaire discutée était pour lui conclue, et il rentrait tout heureux en faire part à sa femme. D'ailleurs, mal agencées et connues de tous, elles rataient le plus souvent. Il recommençait de plus belle.

Avec sa femme, il devenait indifférent après avoir été fort jaloux. Il continuait cependant d'avoir avec elle des rapports conjugaux hebdomadaires. Même diminution des sentiments affectifs à l'égard de son fils, de ses amis. Il ne saluait plus dans la rue, ne servait plus sa famille à table. A certains jours, très maladroit, il laissait tomber les objets. Il cherchait quelquefois ses mots en parlant, oubliait assez souvent la place des objets courants, se fâchait de ne pas les retrouver. Légère amnésie portant sur des faits et actes peu importants et de date récente. Très pudique auparavant, il s'exhibait nu sur ces temps derniers pour faire sa toilette, même devant son fils.

Il eut aussi pendant quelque temps un sorte de tic masticatoire, et répétait sans cesse : hum ! hum ! plusieurs fois dans la même phrase. Cela pendant un mois, sans pouvoir rien faire pour supprimer cette toux qui l'obsédait.

Ne dormait pas la nuit, se plaignait parfois de céphalalgie violente et quelquefois geignait même en dormant. Sa femme fait remarquer que ses réponses étaient plus rapides, plus précises pendant la nuit, après quelques heures de sommeil, que pendant le jour.

L'internement a été nécessité par le fait que M... s'emportait à tout instant contre les membres de sa famille, et qu'au cours de ces réactions violentes, il menaçait de se tuer.

Etat actuel. — Etat physique général assez bon. Un peu d'amaigrissement. Démarche normale, habitus extérieur normal. D'après sa femme, il paraissait, le soir, mal assuré sur ses jambes, comme s'il allait se laisser tomber. A l'examen somatique, on note un léger tremblement des doigts, de faible amplitude. Pas de tremblements de la langue ni de l'orbiculaire des lèvres.

Exagération légère des réflexes patellaires. Diminution du réflexe pharyngien.

Pupilles égales. Pas d'Argyll-Robertson.

Pas de troubles dans le fonctionnement des organes des sens.

Appareils digestifs, circulatoire, respiratoire, normaux.

Pas de trépidation épileptoïde, de Babinski ni de Romberg.

Pas de syphilis reconnue ; aucun stigmate physique de cette affection.

Analyse des urines négative.

La ponction lombaire, pratiquée par M. le docteur Porot et M. le docteur Vullien, son assistant, dans le but de nous éclairer au sujet d'un état de pré-paralysie générale possible, donne issue à du liquide céphalo-rachidien un peu hématique (sang provenant de la piqûre). L'examen en est négatif ; pas de réaction cytologique appréciable. Quelques rares lymphocytes au milieu des globules rouges. Leur nombre ne paraît pas excéder celui que l'on trouve normalement dans le liquide céphalo-rachidien.

A l'observation, M... ne semble pas jouir de toute la puissance de son intellectualité. Il a quelques faux pas de la mémoire, mais est capable de conversation prolongée, pourvu qu'elle ne prenne pas une allure spéculative. Rappelle qu'entré d'abord dans un autre pavillon (des nerveux), il est ici depuis le 8 septembre 1910. Diminution de l'auto-critique. Ne se rend pas un compte bien fidèle de son état à ce moment-là, paraît ne se soucier nullement du

milieu dans lequel il fut placé. Ce qui le blessait, ce n'était pas d'être avec des fous, c'était d'avoir sa sieste troublée par leurs cris. Un aliéné l'a frappé ; il s'en soucie à peine. Ne sait que répéter qu'il est venu ici pour tout oublier, car il se sentait mal chez lui. Il extériorise de vagues et puériles idées de persécution vis-à-vis d'un monsieur qui l'a menacé quelquefois par jalousie de métier et l'a traité d'imbécile dans la rue. Dit fréquemment qu'il est là pour dire la vérité, toute la vérité, qu'il ne plaisante pas.

Interrogé parce qu'il a menti à sa femme, il ne sait que répéter du bout des lèvres : « J'ai eu tort, j'ai le regret, malheureusement trop tard !... »

Il a parfois quelque difficulté lorsqu'il veut parler vite. Pendant la conversation, il prend souvent le surveillant à témoin comme pour se fortifier lui-même dans ses convictions ou donner du poids à ses arguments. Est tout heureux qu'on l'interroge et donne cependant l'impression nette qu'il est las de l'interrogatoire, en disant : « J'ai tout dit..., toute ma vie..., M. le docteur. »

Mène ici une vie tranquille, se conforme à la règle de l'hôpital, fréquente les autres malades, parle avec eux, mais jette de temps en temps dans la conversation un mot qui ne s'y rapporte nullement.

Dort bien la nuit, s'alimente.

Sait qu'il est ici pour faire sa convalescence, le répète en ajoutant aussitôt qu'il n'a jamais été malade. Et puis, « il se sent très fort, grâce à ce pavillon, pour lutter au travail ».

Avant qu'il ne quitte l'Hôpital, on le prie de conserver ses urines en vue d'une analyse. Cela paraît le préoccuper beaucoup et on le surprend plusieurs fois y ajoutant de l'eau. Les prières ne le convainquant pas, on n'obtient des urines normales qu'en le surveillant de près.

L'analyse, pratiquée le 12 octobre par M. le docteur Rouquier, pharmacien en chef, donne les résultats suivants :

Volume des 24 heures	1600 cm. cubes
Réaction	Alcaline
Glucose	Néant

Urée, 12 grammes par litre ; 19 grammes par 24 heures.

Acide phosphorique, 2 grammes 7 par litre ; 4 grammes 3 par 24 heures.

Analyse microscopique :

Cristaux nombreux de phosphate ammoniaco-magnésiens, de phosphate tricalcique.

Urate d'ammoniaque.

De rares globules de pus et très peu de cellules épithéliales urinaires.

Le 14 octobre, ayant une discussion sans grande importance avec un malade, il s'est fâché violemment, et brusquement, s'est laissé tomber en poussant un cri : facies très congestionné, écume labiale non sanguinolente, incontinence d'urine, perte de connaissance et mouvements désordonnés. Durée : 10 minutes environ. L'état de prostration qui a succédé a persisté pendant plus d'une heure, avec désorientation, obnubilation intellectuelle consécutive. N'a gardé de ceci aucun souvenir. N'avait, précédemment, jamais présenté d'état analogue. Sort sur la demande de sa femme.

Etat depuis sa sortie. — M... ayant repris la vie de famille, s'est rendu à un mariage vêtu de ses habits ordinaires et sans prévenir sa femme. Celle-ci l'ayant appris et lui ayant fait des reproches, il se confond en excuses et promesses puériles.

Entre temps, il a, chez lui, des alternatives de mutisme avec regard fixe et inexpressif, et de logorrhée.

Au moindre ennui, il dit qu'il va se tuer. La fine pointe de son esprit est émoussée, le but de certains actes lui échappe totalement, et un jour, tandis qu'il causait beaucoup trop devant des amis, il reproche violemment à sa femme de vouloir l'interrompre en lui touchant le pied.

Dort assez bien la nuit. Plus de céphalée.

Ecrit des lettres d'affaires. Sa femme remarque qu'il oublie des mots. Dans une lettre à son gérant, il écrit : « Vous me direz si le... grand est loué. » A conclu une affaire par lettre, sans y mentionner le plus important, l'objet même de la lettre, le prix d'une denrée. La lettre lui a été renvoyée. Nombreuses ratures de ses écrits, concision extrême, suppression de toute formule de politesse, de pronoms personnels. Pas d'abus des majuscules, pas de tremblements des caractères.

27 octobre. — Sa famille est unanime à remarquer que le long repos pris à l'hôpital ne l'a amélioré en rien. Il s'endort brusque-

ment après déjeuner, dort bien la nuit. Il s'alimente gloutonnement mais prend peu de pain. Accuse quelquefois sa femme de vouloir le faire mourir de faim. Devient de plus en plus autoritaire, ayant pour des riens des colères au cours desquelles il menace d'aller se jeter à l'eau. A l'heure actuelle, il éternue depuis 3 jours par véritables quintes, qu'il ne peut maîtriser et qui l'ennuient beaucoup.

Il a toujours les mêmes exagérations de langage, tient souvent les mêmes propos, s'immisce dans toute conversation en voulant paraître, tout savoir, raconte des faits que tous le monde a pu lire dans les journaux comme si, connus de lui seul, il les révélait. Salue à présent le premier les personnes qu'il rencontre, s'empresse de demander des nouvelles de leur santé, recherche les visites alors qu'il les évitait auparavnt.

Cependant, en présence des échecs qu'il éprouve en affaires, il commence à s'en demander la raison et à se décourager.

Très mobile dans ses sentiments, il passe très vite du découragement et de la dépression à l'euphorie et à l'excitation. Un rien le réjouit, un rien l'irrite. Si on lui fait remarquer son inégalité d'humeur, il convient qu'il est « abruti, qu'il aurait dû mourir. »

Par moments il témoigne à sa femme une tendresse exagérée. Indifférent et dur avec son fils au début de sa maladie, il prend maintenant sa défense à tout propos et hors de propos. Recommence à se plaindre, le soir, de céphalée. N'a plus assez de puissance d'attention pour écrire ses lettres lui-même ; on les lui dicte. Il lit beaucoup, mais ne se rappelle pas ce qu'il a lu.

L'examen de son fils, âgé de 8 ans, ne révèle rien de particulier. Aucun signe de syphilis héréditaire. Coryza suspect ayant duré 7 mois, pendant le premier âge ; végétations adénoïdes.

Observation X

(Personnelle)

R... Louise, née à Marseille, âgée de 57 ans, entre à l'Asile d'aliénés de Marseille le 6 avril 1910, par arrêté préfectoral (1).

Sa famille incrimine comme cause déterminante de son état

(1) Dans les Bouches-du-Rhône, les malades entrant par arrêté préfectoral arrivent à l'asile sans être accompagnés d'un certificat médical.

mental une « petite contrariété », qu'elle ne définit pas. Cette malade s'était déjà présentée à deux reprises à la consultation gratuite du jeudi, se plaignant d'être inquiète sans cesse, de devenir indifférente à tout, sauf à ses préoccupations personnelles. Elle accusait aussi une tendance à l'irritabilité et à l'insomnie.

Grands-parents décédés, aucune tare nerveuse ni mentale.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de pneumonie. Père mort d'ictus apoplectique (paralysie générale), à l'Asile d'aliénés de Marseille, il y a une trentaine d'années. Aucune manifestation vésanique chez les collatéraux. Aucun diabétique chez les ascendants, collatéraux ou descendants de cette malade.

Antécédents personnels. — Variole à 15 ans ; pneumonie à 45 ans ; grippe assez sérieuse à 51 ans.

Jusqu'à l'âge de 50 ans, les règles ont été régulières. Elles ont cessé brusquement à cet âge. La ménaupose a été marquée de quelques troubles : bouffées de chaleur, irritabilité, insomnie, irrégularités de l'appétit, polydipsie. La malade ne s'en est pas préoccupée beaucoup et a continué de vaquer à ses occupations.

Examen physique. — Motricité intacte, démarche normale. Rien d'anormal à l'appareil circulatoire, sauf de l'éréthisme cardiaque notable.

Appareil respiratoire normal.

Du côté de l'appareil digestif, langue saburrale, anorexie.

Polydipsie et polyurie légères.

A signaler, du côté des organes génitaux, la vulve rouge irritée.

L'analyse qualitative des urines révèle la présence de glucose.

Légère diminution de l'acuité visuelle. Pupilles paresseuses, égales. Réflexe pharyngien très diminué.

Réflexes patellaires intacts.

Pas de Babinski, de trépidation épileptoïde, ni de Romberg.

Etat actuel. — A l'examen, la malade se plaint de prurit intense des parties génitales, qui l'inquiète et l'empêche de dormir. Elle est « honteuse de dire toutes ces malpropretés, mais ne peut-on tout dire au médecin ? » Par instants, elle se croit absolument perdue et, désorientée, ne se rend pas compte du lieu où elle se trouve. S'apeure très facilement, paraît toute souffrante et l'exprime avec des jeux de physionomie et des gestes variés.

Certificat de 24 heures. — Présente un état mélancolique avec accès d'anxiété, phobies, agitation, insomnie et doit être maintenue. Signé, docteur Alombert-Goget.

10 avril. — Anxieuse, inquiète et préoccupée. S'occupe uniquement de son prurit et demande instamment, avec des gestes de prière, qu'on la guérisse.

11 avril. — Même état. S'est déshabillée dans la cour, et, devant les autres malades, s'est livrée à des attouchements sur ses organes génitaux. Elle souffre énormément d'être ainsi, vient nous le dire, le visage exprimant une vive angoisse. Ce prurit est très peu influencé par des applications de pommade à la cocaïne et au baume du Pérou.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1600 cmc. cubes
Densité	1043
Glucose par litre	50 grammes
Glucose en 24 heures	80 grammes

12 avril. — Traitement général par bromure de potassium, 3 grammes ; antipyrine, 2 grammes ; eau de Vichy.

Traitement local par des injections d'eau bouillie, additionnée de levure de bière.

L'alimentation elle-même est modifiée autant que faire se peut : croûte de pain, pommes de terre, 200 grammes par jour ; légumes verts, viandes.

16 avril. — Etat mental nullement modifié. Phobies persistantes ; en particulier, elle croit qu'on va l'étouffer et se prépare à subir cette torture en s'enveloppant la tête de son shall.

Glucose par litre, 38 grammes.

18 avril. — La malade souffre de prurit, surtout après avoir uriné. Cette souffrance paraît être moins intense que ces jours derniers ; néanmoins, elle est toujours anxieuse, réclame sans cesse qu'on s'occupe d'elle davantage, qu'on la guérisse, qu'on la « rafraîchisse ».

21 avril. — Suit toujours son traitement et un régime spécial, mais est encore fort anxieuse. A la visite, elle pleure, gémit, dit qu'elle est perdue, que « toute cette excitation lui vient de la tête. Ça la rend folle, puisque c'est l'esprit qui guide le corps. »

Se refuse à donner de ses urines parce qu'elle sera morte demain. Elle parle de sa mort sans aucune appréhension ; aucun raisonnement ne peut lui faire admettre l'inanité de cette affirmation qu'elle répète chaque jour et qui perd ainsi sa valeur.

Suppression de l'antipyrine.

Certificat de quinzaine. — Mélancolie avec idées d'anxiété, phobies, agitation, insomnie, liée à du diabète. Signé : Dr Alombert-Goget.

22 avril. — Polydipsie beaucoup moindre. Appétit revenu, mais pas exagéré.

28 avril. — Reprise du traitement : antipyrine, 2 grammes ; eau de Vichy ; bromure de potassium, 3 grammes.

30 avril. — Etat mental présentant une légère amélioration ; la malade est moins anxieuse et moins tourmentée ; elle se plaint d'une façon moins constante, dort mieux. Prurit diminué, incitant moins la malade à l'onanisme. Néanmoins, elle continue à en parler souvent, prétend qu'elle en souffre. Cette assertion paraît n'avoir que la réalité d'une idée hypocondriaque.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1500 ccm cubes
Densité	1020
Réaction	Acide
Albumine	Néant
Glucose par litre	12 gr. 20
Glucose par 24 heures	18 gr. 30

5 mai. — Calme et beaucoup plus tranquille. A la visite du matin, elle se tient sagement assise à sa place, ne suit plus les médecins, se plaint moins, a le visage plus reposé, le teint plus clair.

9 mai. — Le traitement est supprimé depuis le 8. On laisse le régime, on diminue le bromure de 2 grammes et on donne iodure de potassium, 0 gr. 50 par jour.

La malade convient qu'elle se sent mieux, qu'elle a cependant parfois de légères démangeaisons qui lui rappellent ses grandes souffrances. Elle n'ose croire à la guérison définitive de ce prurit : « Serai-je aussi bien hors d'ici. J'ai un peu d'espoir maintenant, et je voudrais que vous me protégiez toujours, car je veux

vivre encore un peu, jouir quelque temps de la belle saison si proche... Chez moi, j'aurais voulu mourir, mais ne n'osais me donner la mort. Que ne suis-je votre fille, M. le docteur. Ah ! que la Providence vous garde pour que vous me guérissiez ! »

11 mai. — La malade est plus tranquille, ne s'occupe presque plus de son prurit, et cependant l'anxiété revient, accompagnée d'un état hypocondriaque et de phobies : « Je suis très fatiguée, je vais mourir, j'étouffe, vite, vite, de l'air ! »

L'analyse des urines donne :

Volume en 24 heures	1800 ccm. cubes
Densité	1021
Réaction	Acide
Urée	16 gr.
Chlorures	12
Acide urique	0,51
Phosphates	Traces indosables
Albumine	Néant
Acétone	Néant
Glucose	21 gr. 60 cent. par lit.
Glucose en 24 heures	38 gr. 88.

25 mai. — Se plaint d'être très altérée : « Je boirais la mer ! » ; d'être très fatiguée au point de ne pouvoir faire un pas. Son attitude ne répond pas à ce qu'elle dit.

Inquiète, anxieuse, elle prétend qu'elle a un diable infernal en elle-même, que son visage est un visage de morte. Suppression de l'iodure.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1650 cc.
Glucose par litre	13.39
Glucose en 24 heures	22,093

28 mai. — Persistance des troubles de la cénesthésie ; elle sent son œil droit qui remue ; elle est bien plus malade qu'avant, perdue enfin ; tout ce qu'elle mange reste en elle-même et lui gonfle le ventre de plus en plus. Elle se sent sans aucune force ni volonté.

1er juin. — Reprise du traitement : antipyrine, 1 gr. 50 cent. ; extrait thébaïque, 5 centigr. Le prurit a disparu.

3 juin. — Toujours très anxieuse, avec idées hypocondriaques. Prétend qu'elle ne va toujours pas à la selle, bien qu'elle prenne chaque jour 15 grammes d'huile de ricin. Elle suppose qu'à force d'entasser repas sur repas, les aliments la rempliront bientôt jusqu'à la bouche et qu'elle n'aura plus qu'à mourir étouffée.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1600 cm. cubes
Glucose par litre	4 gr. 74
Glucose en 24 heures	7 gr. 58

14 juin. — Raptus mélancolique très marqué ; depuis 24 heures, elle essaie de s'étouffer avec son mouchoir et dit cependant qu'elle n'a pas envie de mourir ainsi. Anxiété et idées hypocondriaques, troubles cénesthésiques : « Encore un repas et je gonflerai tellement que ce soir je serai morte ; je me gonfle comme une barrique et j'étouffe en dedans. Je suis effrayée comme une bête... »

Suppression du traitement médical. Régime.

22 juin. — Ne veut plus qu'on lui donne à manger, car elle sent qu'elle se gonfle « comme un noyé ».

25 juin. — Toujours anxieuse ; « c'est une chose extraordinaire, qu'elle n'a jamais vue, car elle est bouchée de tous côtés, le tuyau de la bouche est fermé, la respiration impossible, le mal l'étouffe. Elle pense qu'elle ne mourra jamais, mais elle souffrira toujours le martyre. »

27 juin. — Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1500 cm. cubes
Réaction	Légèrement acide
Densité	1025
Glucose par litre	2 gr. 50
Albumine	Néant
Acétone	Traces

30 juillet. — Aucune amélioration dans l'état mental de la malade qui ébauche un syndrome de Cotard : déclare qu'il n'y a plus d'eau à boire ; qu'il n'y a plus ni riches ni pauvres, plus de

propriétaires. Elle s'agite dans sa baignoire, court en chemise après le médecin.

16 août. — Prétend que tout est perdu, que tout s'en va. Hallucinations probables. Dit qu'il y a 200 morts dans les chambres de l'infirmerie, qu'il y a aussi de pauvres enfants n'ayant là ni pain, ni vin, ni aucun soin.

26 Août. — Même état auquel s'ajoutent de vagues idées de persécution ; « elle mourra de chagrin, car elle est victime d'une odieuse machination qu'elle ne peut pas comprendre. »

Analyse des urines :

Volume en 24 heures.....	1650 cm. cubes
Densité	1027
Albumine	Néant
Sucre	3 gr. 25 par litre

27 septembre. — Toujours anxieuse, hallucinée et persécutée.

14 octobre. — Hallucinations persistantes, idées de damnation, anxiété notable.

Analyse des urines :

Glucose par litre, 2 gr. 50 centigr.

6 novembre. — Présente un état marqué d'excitation, s'accompagnant de quelques réactions peu violentes. Doit cependant être maintenue au lit, car, très hallucinée, elle se lève sans cesse, croit voir des chats dans son lit et veut les fuir.

10 novembre. — Même état d'agitation ; présente du délire onirique hallucinatoire à la chute du jour, lorsque tombe cet état d'excitation qui la porte à se lever à tout instant. Le soir, elle reste absolument indifférente à ce qui se passe autour d'elle, et paraît vivre pour elle seule, les hallucinations, les conceptions qu'elle extériorisait dans la journée pour tous ceux qui l'approchaient. En sortant de ces états, elle affirme quelquefois plus que jamais ses idées délirantes ; il n'y a plus d'eau, elle s'est vue morte. Si elle n'est pas morte à présent, elle le sera ce soir, elle le sera demain.

15 novembre. — Etat d'agitation de plus en plus marqué. Pousse des cris déchirants qui effraient et incommodent les malades et le personnel. A maigri beaucoup. Gâte jour et nuit.

16 novembre. — A crié ce matin, mais est ce soir très déprimée. Elle prononce à voix basse des paroles incohérentes à l'adresse des personnes qui l'entourent. On y saisit qu'elle n'a plus de mains, plus d'estomac, à peine un petit corps de rien du tout, qu'elle ne veut pas garder ces saletés (?) à la main.

22 novembre. — L'excitation paraît tombée définitivement pour faire place à l'état d'angoisse anxieuse qui a été d'un façon générale son état habituel. Toujours au lit, elle interroge tout le monde, parle à mots entrecoupés, comme si l'oppression la gênait, demande qu'on s'occupe d'elle, qui n'est plus rien qu'une femme sans force, bien à plaindre... Entreprend plusieurs conversations, mais les interrompt toutes pour s'inquiéter si le potage qu'on lui a promis va lui être servi. S'alimente beaucoup et souvent.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	Inconnu
Albumine	Néant
Glucose par litre	21 gr. 42

24 novembre. — Même état anxieux, basé sur des troubles de la cénesthésie et qui la rend incapable de fixer son attention. La malade est tout absorbée par des proccupations hypocondriaques qui débordent son activité.

27 novembre. — Elle se lève depuis hier et promène dans les cours ses gémissements et un faciès angoissé. Sa grande préoccupation est de savoir ce qu'elle aura à manger à chaque repas. Elle mange sans cesse. Rien dans son état n'indique une amélioration prochaine. Elle est très amaigrie.

Décembre. — Elle est toujours en traitement et non améliorée.

Observation XI

(Personnelle)

R... Pauline, née à Marseille, âgée de 55 ans, célibataire, profession de cigarière.

Entre le 16 décembre 1909, avec un certificat ainsi libellé : « Atteinte de diabète, présente depuis plus d'un mois des symptômes de nervosisme très accentué. Elle est dans un état de surexcitation manifeste, ne dormant presque plus, refusant les aliments et les boissons :... Est atteinte de mélancolie. Signé : Dr Eyriès.

Notre attention étant attirée sur son diabète, nous procédons dès le premier jour à un examen somatique soigneux, en insistant particulièrement sur la recherche des symptômes diabétiques.

Examen physique. — Etat général assez bon. Léger amaigrissement.

Au cœur premier bruit clangoreux ; rythme normal ; pas de souffle. A noter, du côté des vaisseaux, un léger degré d'athérome.

Du côté de l'appareil digestif, un peu d'anorexie, langue saburrale, diarrhée légère, ventre souple. Polydipsie légère.

Diminution des réflexes patellaires.

Réactions pupillaires lentes mais cependant conservées. Pas d'Argyll-Robertson.

Pas d'anesthésie pharyngée.

Pas de trépidation épileptoïde, de Babinski ni de Romberg.

Diminution de l'acuité visuelle.

La malade fait remonter le début de son diabète à 2 ans environ. Elle s'est soignée irrégulièrement.

Actuellement, un peu de polyurie ; 1800 cm. cubes d'urine en 24 heures.

Antécédents héréditaires. — Antécédents vésaniques nets ; mère morte aliénée à l'Asile d'Aix-en-Provence. Un frère très nerveux (?). Une sœur très nerveuse (?).

Hérédité diabétique nulle.

Antécédents personnels. — Scarlatine. Rhumatismes, il y a 10 ans. Douleurs rhumatoïdes peu intenses aux jours humides. Les parents signalent que depuis deux ans, à une époque coïncidant avec le début de son diabète, elle se sentait déprimée, persistant malgré cela à travailler. De tout temps, d'ailleurs, elle a été facilement excitable lors des périodes menstruelles.

Etat actuel : une première analyse d'urines, pratiquée le 17 décembre, donne :

Urine des 24 heures.....	1500 cm. cubes
Glucose par litre	52 gr. 32

A l'observation, après s'être fait beaucoup prier pour donner des détails sur son état, elle raconte enfin qu'elle souffrait depuis

plus d'un an d'insomnie, d'inappétence, de douleurs abdominales. Dit tout cela d'une voix faible et cassée. Elle a crié beaucoup cette nuit, faisant part de ses souffrances à toute la salle. A la diarrhée.

Certificat de 24 heures : Présente de la dépression anxieuse avec subagitation diurne et nocturne, préoccupations hypocondriaques, et doit être maintenue en observation. Signé : Dr Alombert-Goget.

22 décembre. — Est toute gémissante et suit les médecins à la visite. Se plaint de ne rien manger, ce qui est exact. Dans la journée, est très anxieuse, fatigue tout l'entourage. Pleure dès qu'on lui parle amicalement et gémit sur son malheureux sort. Elle se plaint aussi de troubles assez vagues, cénesthésiques probablement, mais ne s'inquiète nullement de son diabète.

Est très consciente de ses actions et ses propos ne traduisent aucune déficience intellectuelle.

Diagnostic à la quinzaine : Mélancolie anxieuse avec subagitation diurne et nocturne liée à l'évolution d'un diabète. Signé : Dr Alombert-Goget.

10 janvier 1910. — Se promène dans la cour, tout anxieuse. Elle s'inquiète dès qu'on lui parle et fait des réflexions traduisant ses préoccupations hypocondriaques : elle se sent faible, n'a plus de jambes, la douleur lui enlève l'estomac, l'anémie la tuera.

14 janvier. — Même état mental.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1230 cm. cubes
Glucose par litre	33 gr. 32
Glucose par 24 heures	41 gr. environ

17 janvier. — Pas de changement appréciable. Répond, pendant la nuit, aux discours incohérents des autres malades. Se plaint de fourmillements, de cuissons au niveau des bords externes des pieds, surtout du pied droit. Présente, depuis 2 jours, de la stomatite ulcéreuse.

20 janvier. — De plus en plus triste, absorbée en elle-même, tend vers l'inertie, s'amaigrit, doit être alitée. Grande émotivité.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1350 cm. cubes
Glucose par litre	45 gr. 44
Glucose en 24 heures	61 gr. 344
Albumine	Néant

Traitement anti-diabétique. Antipyrine, 1 gr. 50 *pro die*, eau de Vichy, continué pendant 10 jours. Régime, autant que possible, sans féculents ni sucre.

30 janvier. — Cessation du traitement.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1380 cm. cubes
Glucose par litre	30 grammes

Ne présente aucune modification dans son état mental, reste dans son lit, indifférente à tout ce qui n'est pas sa propre souffrance, gémit et pleure. Insomnie.

4 février. — Dort un peu mieux la nuit, gémit un peu moins. Prétend que rien ne la guérira, que son cerveau est trop anémié pour se rétablir jamais.

On prescrit : chlorhydrate de morphine, 0 gr. 02 centigrammes, en potion, à dose progressivement croissante d'un demi-centigramme par jour ; laxatifs journaliers ; une entéroclyse journalière avec 500 grammes de sérum physiologique.

12 février. — Continuation du même traitement. A, à l'heure actuelle, 7 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour.

L'état mental semble légèrement amélioré ; la malade est un peu plus tranquille ; on arrive à fixer mieux son attention.

14 février. — Suppression progressive de la morphine : un demi-centigramme par jour. L'amélioration dans l'état mental de la malade paraît s'affirmer. Elle ne suit plus les médecins pendant la visite ; levée depuis quelques jours, elle ne se promène plus nerveusement comme autrefois. La nuit, bien qu'elle ait encore des heures d'insomnie, elle est tranquille, ne se tourmentant pas.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1290 cm. cubes
Glucose par litre	18 grammes

23 février. — N'a plus du tout de morphine. Son teint s'est notablement éclairci. Les préoccupations hypocondriaques paraissent avoir disparu. Elle manifeste cependant toujours un peu d'irritabilité, de sensiblerie.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures	1220 cm. cubes
Densité	1038
Glucose par litre	41 grammes

9 mars. — Toujours au régime. Aucun traitement médical visant spécialement son diabète. Cacodylate de soude, 0 gr. 05 centigrammes par jour, pour remonter un peu l'état général.

Toujours améliorée au point de vue mental, sort, sur la demande de sa famille, et a été perdue de vue.

Observation XII

(Résumée)

Recueillie dans le service de M. le Docteur Journiac.

Louis G..., né à Marseille, diabétique depuis de longues années, était âgé de 41 ans lors de sa première admission à l'asile d'aliénés de Marseille.

Antécédents héréditaires. — Père, marchand de grains, mort bacillaire à 53 ans. Mère morte à 66 ans, d'apoplexie, le 2 novembre 1875.

Père et mère étaient cousins germains.

Un cousin germain paternel décédé à l'Asile ; une sœur internée le 15 août 1885 ; l'est encore à l'heure actuelle.

Aucune hérédité diabétique.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies graves, Fièvre typhoïde. Boit quelquefois plus que de raison.

Première admission : 7 janvier 1891.

Certificat de 24 heures : Est atteint d'excitation maniaque avec idées de grandeur et de richesses, turbulence, loquacité incohérente, nulle conscience de sa situation. Signé : Dr Rey.

Certificat de quinzaine : Est atteint de folie à double forme, traverse une période de dépression. Diabète. Signé : Dr Rey.

A cette époque déjà, on ne trouve signalée dans l'observation aucune corrélation entre le taux glycosurique et l'état mental. Aux journées de calme relatif, ce taux ne varie nullement par rapport à ce qu'il est aux journées où le malade est agité ou déprimé. Sort quelques mois après.

Deuxième admission : 25 décembre 1898.

Certificat médical d'entrée : Est atteint d'excitation maniaque avec désordre dans les actes, impulsions à boire, violences, insomnie. Signé : Dr Lachaux.

Certificat de vingt-quatre heures et quinzaine : Est atteint de délire général avec perversion des sens, troubles de la sensibilité générale et dipsomanie. Signé : Dr Maunier.

Même constatation que lors du premier internement, en comparant les analyses effectuées aux dispositions mentales du malade.

Troisième admission : 22 février 1901.

Certificat de vingt-quatre heures et de quinzaine : Est atteint de folie périodique avec dipsomanie. Signé : Dr Maunier.

Mêmes constatations.

Quatrième admission : 13 mars 1907.

Certificat médical d'entrée : Ce malade présente des signes d'aliénation mentale, caractérisée par une extrême agitation maniaque. Signé : Dr Brémond.

Sa famille avait été forcée de l'interner parce qu'il recommençait à fréquenter uniquement les cafés (habitude qu'il avait perdue). Il y faisait de grandes dépenses, offrant des apéritifs et des cigares, buvant énormément.

Présente un phlegmon de la main droite, ayant pour point de départ une plaie de l'annulaire. Ce doigt est noirâtre, l'ongle a une teinte ecchymotique prégangréneuse. L'infection gagne l'avant-bras.

Sort le 17 mars, mais il ne veut pas se laisser soigner chez lui. On le ramène le 20. Entre temps, il avait recommencé à acheter des bibelots, pipes, tabacs, etc., qu'il distribuait aux malheureux, dans la rue.

On ne trouve aucune relation de son diabète, et en particulier du symptôme glycosurie, avec l'état psychique.

Sort le 31 mai 1907 très amélioré.

Cinquième admission. — 9 décembre 1909.

Certificat médical d'entrée : Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par de la folie intermittente avec exaltation maniaque, incohérence dans les actes, loquacité et agitation continuelles, menaces et violences contre les personnes, etc. Signé : Dr Lachaux.

Certificat de vingt-quatre heures : Est atteint de folie intermittente, accès maniaque avec propos incohérents, excitation et insomnie. Signé : Dr Journiac.

Certificat de quinzaine : Est dans le même état d'excitation. A maintenir. Signé : Dr Journiac.

12 janvier 1910. — Etat de subagitation, loquacité : raconte que sa famille le fait interner parce qu'elle le croit fou ; il ne l'est pas. Mais on l'amène ici pour qu'il se calme. Suit néanmoins difficilement une idée ; réagit quelquefois violemment.

1er février. — Est sensiblement dans le même état.

Analyse des urines :

Volume en 24 heures.	1800 cc.
Glucose.	12 gr. 50 par litre

15 mars. — Amélioration légère. Plus calme, se promène dans la campagne, accompagné de son gardien. Cause volontiers lorsqu'on le rencontre. Toujours loquace, avec quelques idées érotiques.

11 avril. — Même état mental.

Analyse des urines pratiquée le 12 *avril* :

Glucose.	16 gr. par litre
Volume des urines.	2180 cc.

Mai, juin, juillet. — Peu de changement. Le malade sort à la promenade, mais est toujours logorrhéique, extériorise des préoccupations puériles, s'excite même quelquefois.

20 août. — Analyse des urines pratiquée par M. Sari, pharmacien :

Volume des urines en 24 heures	2000 cc.
Albumine.	Néant
Sucre	11 gr. par litre
Réaction.	Acide

Le malade, dont l'état paraissait devoir tourner à la chronicité, s'améliore dans les premiers jours de septembre, et peut rentrer dans sa famille le 31 octobre 1910. A ce moment, le taux glycosurique était de 15 grammes pour 1000 cc.

Nous pouvons jeter sur ces observations un coup d'œil synthétique, et retenir seulement ce qu'elles présentent d'essentiel dans les rapports entre la psychose et la glycosurie.

Dans l'observation VII : pas d'hérédité ; des troubles également intenses accompagnent un taux glycosurique variant entre 92 gr. et 64 gr. p. 1000 cc. Le traitement anti-diabétique ne modifie en rien l'état mental. Et, même alors que celui-ci est amélioré, et bien que la malade garde un régime spécial, on trouve encore 60 gr. de glucose par litre.

Lors de son deuxième internement, elle a, à la période d'acmé de son état anxieux, 21 grammes de glucose par litre. Améliorée, elle en a 26 grammes. Par suite, étant donné le peu d'antériorité du diabète par rapport à la psychose, on pourrait rattacher à un trouble général de la nutrition ces deux manifestations morbides, qui seraient simplement concomitantes.

Pour l'observation VIII, même remarque de non-parallélisme. Il n'y a pas non plus d'hérédité. Il faut, dans ce cas, accorder une grande importance à l'état névropathique (stigmates hystériques indiscutables), terrain excellent pour l'éclosion et le développement de troubles mentaux.

Dans l'observation IX, pas d'hérédité ; la psychose naît peu avant la disparition de l'affection diabétique, et semble se substituer à celle-ci. Ces deux manifestations morbides successives traduiraient donc un trouble initial de la nutrition profonde de l'individu. (Nous avions pensé, au début, à un état de pré-paralysie générale. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien est d'ailleurs négatif.)

Une ébauche d'amélioration, sous l'influence du traitement, est constatée en avril, dans l'observation X. Ensuite, plus rien. A certains moments même, le taux glycosurique est très bas, alors que la malade est très tourmentée. Il n'y a pas d'hérédité vésanique, mais on doit prendre en considération l'hérédité congestive et nerveuse (p. g. du père).

Dans l'observation XI, le malade présente de l'hérédité vésanique. Le taux glycosurique diminue sous l'influence du traitement, mais d'une façon qui n'est nullement corrélative de l'amélioration des symptômes psychiques.

Enfin, dans l'observation XII : hérédité chargée ; aucune relation entre le taux du glucose et l'intensité des troubles mentaux.

On est donc, pour nos observations personnelles, fondé à conclure que le diabète ne paraît pas posséder, à lui seul, une action vésanique. L'influence du traitement diminuant le taux de la glycosurie n'est pas plus marquée, ni meilleure pour les malades qui sont purs de toute hérédité vésanique que pour ceux qui en sont entachés.

La cause essentielle de la psychose nous a paru résider : tantôt dans un trouble général de la nutrition, provoquant à la fois le diabète et l'aliénation mentale (obs. VII, IX, X) ; tantôt dans des prédispositions héréditai-

res plus ou moins marquées (obs. X, XI, XII), ou dans une prédisposition personnelle due à un état névropathique manifeste (obs. VIII).

Les troubles cardio-vasculaires eux-mêmes jouent certainement aussi un rôle important (obs. XI).

CHAPITRE IV

Le doute que vient de jeter dans notre esprit l'étude détaillée de nos observations, les conclusions qu'elles nous inspirent, nous incitent à faire une revue critique des observations publiées jusqu'à présent sous la rubrique troubles mentaux et diabète. La littérature psychiâtrique en contient un grand nombre, mais, le plus souvent, et c'est l'opinion de R. Lépine lui-même (*Semaine Médicale*, 1899), elles sont dépourvues de détails suffisants pour qu'on puisse les interpréter avec certitude.

La question est, en somme, des plus complexes, et pour y apporter quelque clarté, nous croyons utile, d'accord en cela avec L. Marchand et Olivier (Diabète et troubles mentaux. *Gaz. des Hôp.*, page 1023), de grouper les rapports du diabète avec les troubles mentaux, par classes, de la manière suivante :

I. *Le diabète est d'origine nerveuse ; il est symptomatique de la maladie cérébrale, cause elle-même des troubles mentaux.*

« Le diabète d'origine nerveuse est assez rare, et ce sont surtout les lésions du bulbe, et en particulier du quatrième ventricule, qui le déterminent. » A ce propos, nous croyons inutile de rappeler la fameuse expérience de Claude Bernard, qui détermina l'apparition de glycosurie chez le lapin par la piqûre du plancher du quatrième ventricule.

Il est à remarquer que ces lésions, « outre qu'elles s'accompagnent rarement de troubles mentaux, provoquent plutôt la glycosurie que le diabète. Cependant, d'après Andral, Trousseau, Fritz (cités par Demange, art. « Diabète », *Dict. encyclopédique des Sc. méd.*), Marchal de Calvi, 1884), Durand-Fardel (cité par Demange, *loc. cit.*), Cotard (*loc. cit.*), Rouillard (Soc. méd. psychol., 27 février 1888), Lécorché (*Arch. de Neurologie,* 1886, p. 50), Blair (*J. of. m. sc.,* oct. 1900), les altérations du cerveau (humeur, ramollissements, hémorragies, paralysie générale), peuvent déterminer la glycosurie. Comme ces lésions cérébrales peuvent s'accompagner de troubles mentaux, on voit qu'un certain nombre d'aliénés peuvent présenter de la glycosurie (diabète) symptomatique. Parfois, le diabète apparaît en même temps que les troubles cérébraux ; d'autres fois, il ne se montre que plusieurs mois après leur apparition. »

Seegen (Der diábetes mellitus auf grandlage Zahlreïcher beobachtungen, 1875, in thèse Santos, p. 17), rapporte le cas remarquable dont voici l'histoire résumée :

Observation XIII

Une femme, atteinte de mélancolie, puis améliorée, présenta ensuite une grande exaltation à retours multiples et devint enfin diabétique. Sa mère avait eu plusieurs accès de mélancolie et s'était suicidée. De ses six frères ou sœurs, quatre étaient morts d'affections cérébrales, le cinquième mourut à l'âge de 19 ans ; le sixième, frère jumeau de la malade, est idiot. Chez cette femme, le diabète se termina par la mort au bout de 17 mois ; on trouva dans le lobe moyen de l'hémisphère droit un foyer d'apoplexie capillaire.

II. *Diabète et aliénation mentale sont sous l'influence du*

même trouble général de nutrition et sont simplement concomitants.

L'hérédité neuro-arthritique peut être invoquée dans ce cas. « L'action d'une même cause, un certain mode de nutrition, provoque le diabète, et secondairement, des troubles mentaux, par suite d'une mauvaise nutrition du cerveau et de troubles de la cénesthésie. »

Observation XIV

Cotard, *in* th. Santos, p. 15.

M. X..., âgé de 58 ans, atteint de délire des persécutions, caractérisé par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Il se figure qu'on agit sur lui par l'électricité, qu'on l'injurie par le téléphone, et qu'on lui soutire ses pensées. Il a, de plus, des tendances au suicide.

En 1876, à la suite d'un paroxysme d'un état chronique, qui existait vraisemblablement depuis plusieurs années, il a été placé dans un asile d'aliénés. Ce malade est diabétique, le diabète a été constaté à une époque où le trouble mental n'était pas encore très appréciable. Il a eu également de la gravelle, et pendant une période de sa vie, la gravelle et le diabète se seraient, paraît-il, succédé alternativement.

III. *Il y a alternance entre le diabète et les troubles mentaux.*

« Ces cas curieux n'avaient pas échappé aux auteurs anciens. » Monneret et Fleury (art. « Diabète ». in Correspond. de méd. prat., III, 1839), Marchal de Calvi, Cotard, Legrand du Saulle, Seegen, de Los Santos (*loc. cit.*), Savage (Alternance des névroses, *Journal of ment. Sc.*, janvier 1887), ont décrit de nombreux cas où diabète et troubles mentaux paraissent se substituer l'un à l'autre.

En particulier, Bond (*J. of. m. sc.*, p. 52), a observé, dans

deux cas une rémission des symptômes mentaux, au moment de l'apparition de la glycosurie, et, dans un autre fait, la disparition du diabète au moment où les troubles mentaux ont éclaté.

Mendel (*Arch. de Neurol.*, sept. 1889, p. 301), a vu, chez un sujet atteint de folie systématisée, et rendant 50 gr. de sucre par litre, la glycosurie disparaître au moment où le malade présentait des hallucinations, et reparaître à la convalescence de la psychose.

Madigan (*Journal of mental diseases*, avril 1883) a publié une observation où l'on constate l'alternance entre une manie périodique et la glycosurie. Celle-ci faisait défaut au début, et pendant la période d'acmé de l'accès maniaque. Dans ce cas, il s'agissait d'un diabète, et non pas d'une simple glycosurie, car la mort est survenue par phtisie diabétique.

Sicard, de Paris, (in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, fascicule « Maladies de la nutrition », en collaboration avec Richardière), cite le cas suivant :

Observation XV

Un diabétique arthritique, âgé de 50 ans, n'ayant pris jusqu'alors aucun soin de son diabète, est admis à l'hôpital au onzième mois de sa maladie, avec un taux glycosurique oscillant entre 500 et 600 grammes par vingt-quatre heures.

Or, ce diabétique qui jusqu'alors n'avait suivi aucun traitement, fut soumis très brusquement à un régime diabétique des plus sévères et à de hautes prises d'antipyrine. Le sucre tomba en trois jours à 20 grammes. Mais en même temps il fut pris de troubles psychiques, avec état de confusion mentale, qui s'atténuèrent et disparurent après une semaine. La reprise d'une alimentation hydro-carbonée, la suppression de l'antipyrine avaient été aussitôt ordonnées et furent suivies de la guérison des accidents cé-

rébraux, en même temps que du retour d'une glycosurie plus élevée (1).

Trousseau, cité par Cotard, signale le cas d'un polyurique diabétique, dont la glycosurie cessa subitement et définitivement, le jour où il fut frappé d'accidents cérébraux.

L'alternance entre le diabète et les troubles mentaux est possible, ainsi que nous venons de le voir, chez un même individu ; elle peut exister aussi dans les membres d'une même famille de diabétiques névropathes : ainsi, Cotard, publie, dans les Archives générales de médecine, 1877, l'observation d'un jeune homme, aliéné, héréditaire, dans la famille duquel le diabète alterne avec la vésanie, et chez lequel, après 3 ans d'aliénation, un diabète grave apparaît, tandis que l'état mental s'améliore sérieusement.

Blair a édifié sur cette alternance une théorie pour expliquer la rareté de cette affection chez les aliénés. S'il en était ainsi, c'est-à-dire si les troubles mentaux se substituaient chez les diabétiques à l'affection physique, un assez grand nombre d'internés guéris devraient présenter de la glycosurie. Or, l'analyse qualitative des urines, qui précède en général la sortie des malades de l'Asile de Marseille, ne nous a jamais révélé la présence de glucose. La théorie de Blair n'aurait donc que la valeur d'une hypothèse ingénieuse.

---

(1) Dans ce cas particulier on pourrait peut-être invoquer pour la genèse des troubles mentaux l'intoxication médicamenteuse (Cf. le cas de Béclère : faux diabète lévulosurique survenant chez un mélancolique qui absorbait journellement 10 à 12 gr. de chloral (acide uro-chloralique lévogyre). Sem. médicale 1897, p. 259).

IV. *L'aliénation mentale survient chez un diabétique, sans qu'il y ait aucun rapport entre les deux maladies.*

Dans les cas se rapportant à cette catégorie, on peut voir les troubles mentaux se développer chez un diabétique sous l'effet d'une étiologie toute différente. Cette cause, pour Olivier et Marchand, serait fréquemment l'alcoolisme.

Nous citerons seulement, à titre d'exemples, deux observations intéressantes, dans lesquelles l'apparition des troubles mentaux ne modifie en rien le taux de la glycosurie, et où l'on peut relever des antécédents d'alcoolisme héréditaire dans un cas, individuel dans l'autre.

Observation XVI

Du Docteur Pavy (The medical Times, 6 sept. 1897), *in* thèse Dreyfous.

Colin F..., 27 ans ; son père, grand buveur, mourut à 38 ans, après mœléna, hématémèse, etc. Jusqu'à 17 ans, Colin fut en bonne santé ; à cet âge, céphalalgie et malaise général ; à 19 ans, maladie de six semaines, grande faiblesse, perte d'appétit.

Etat actuel. — Le malade est faible, émacié, les pupilles dilatées, irrégulières ; cœur et poumons sains ; l'urine, de couleur normale, pesanteur spécifique 1013, sans albumine, mais contenant du sucre. Jusqu'au 21 février, rien d'insolite ; alors on remarque que le malade devenait tout à coup agité, mécontent, sans aucune cause apparente, et pendant toute la journée il demanda à quitter l'hôpital ; mais il ne put l'obtenir et on le ramena à son lit, où il fut pris de manie furieuse. Une heure après, environ, il revint à son état habituel. Cette attaque fut la seule que l'on remarqua ; dans la suite, les seuls faits à noter sont la pesanteur spécifique de l'urine, qui variait considérablement de 1013 à 1035, le sucre variant en quantité, de 15 à 35 grains par once.

Observation XVII

Marchand et Olivier, *Gazette des Hôpitaux*, 1906.

A. F..., 46 ans, vigneron, entre à l'Asile le 6 septembre 1905, avec un certificat médical qui le déclare « atteint de manie d'origine alcoolique avec idées de suicide et de persécutions, hallucinations de l'ouïe. »

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire à 60 ans, mère âgée de soixante-sept ans, bien portante. Une sœur bien constituée.

Antécédents personnels. — Enfance normale, intelligence moyenne. Le malade n'a jamais eu d'affection grave. Pas de syphilis. Marié à 27 ans, il a actuellement une fille bien portante, âgée de 17 ans. Excès de boissons depuis plusieurs années : glycosurie depuis 4 ans. ; pas d'autres symptômes diabétiques qu'une sensation de soif.

Un des parents de A. F... est mort depuis peu. Or, il y a quelques jours, A. F... est devenu inquiet. Il a cru qu'on l'avait accusé d'avoir brisé les scellés au moment de l'inventaire de la maison de commerce de son parent. Il a même entendu qu'on le lui reprochait. Il se croit déshonoré, ruiné même, bien qu'il soit dans une situation de fortune aisée. Il a essayé d'attenter à ses jours, d'abord en se jetant hors d'un train, ensuite en se jetant à l'eau. Depuis lors, l'excitation continue, malgré le bromure et les bains qu'il a pris tous les jours. Quelques heures de repos seules interrompent son excitation.

Etat actuel. — A son arrivée à l'asile, A. F.. présente l'habitus extérieur suivant : taille moyenne ; un certain degré d'obésité, varicosités des joues et du nez. Pas de signes physiques de dégénérescence.

La mémoire est troublée, il ne sait pas son âge et croit être né le 27 mai 1879. Il se souvient cependant qu'on est en 1905. Il pense que la mort de son beau-frère remonte à huit jours et il avoue avoir la tête brouillée depuis lors. Il dort mal ; il est sujet à des cauchemars, dans lesquels il voit arriver les gendarmes.

Il rêve aussi qu'il tombe dans des précipices ; il ne cesse de voir sa maison. Ces visions se reproduisent également le jour.

On l'a amené ici, dit-il, parce qu'il avait fait du bruit chez lui et parce qu'il avait toujours grand soif. Il ne paraît pas avoir d'idées de persécution bien nettes ; il reconnaît seulement que parfois on le regardait de côté. Il s'est jeté à l'eau pour se détruire tandis qu'on l'amenait à l'asile. Il ne veut plus vivre, car il est déshonoré. Il a fait, assure-t-il, du scandale dans son pays ; on l'a même accusé d'avoir enlevé les scellés.

Il se croit ruiné ; sa mère « est enfermée dans la maison ; cette pauvre femme est malheureuse, on a tout vendu chez moi ». Il s'imagine qu'il est ici au secret et qu'on commence à l'interroger. « J'ai fait du propre, je suis ruiné », répète-t-il, en marmottant des paroles sans suite.

Les fonctions organiques semblent s'accomplir d'une façon normale. Il faut noter cependant la saburralité de la langue, de l'inappétence. Enfin, le malade transpire abondamment. Tremblement des mains. Absence des réflexes rotuliens. Le chatouillement de la plante des pieds ne provoque pas le retrait de la jambe. Les pupilles sont égales ; leurs réflexes sont conservés. Pas de signe de Romberg. Marche normale. Le malade porte sur ses jambes des contusions et des plaies qui se sont produites lors de la chute volontaire dans l'eau.

Température normale.

Durant les premières vingt-quatre heures, le malade donne 1100 grammes d'urine ; et, à l'analyse, les dires du malade se trouvent confirmés. Il y a, en effet, 27 grammes de sucre par litre. Pas d'albumine.

Traitement : bains tièdes prolongés, chloral ; purgations, régime lacté.

8 septembre. — Le malade n'a pas dormi ; aussitôt couché, il se levait de son lit. Mêmes idées et interprétations délirantes, mêmes hallucinations, température normale.

Les mêmes troubles persistent les jours suivants et l'examen des urines décèle une glycosurie persistante.

Vers la fin du mois de septembre, amélioration des symptômes mentaux. Le malade dort mieux et les idées délirantes sont

en partie disparues. Il présente encore de la confusion dans les idées. L'appétit est bon.

Le 5 octobre, les urines contiennent encore 38 gr. 46 de glucose par litre. La totalité des urines par 24 heures est de 900 grammes. Les troubles mentaux sont, à cette époque, en partie disparus. Les symptômes physiques de l'intoxication alcoolique persistent encore, mais atténués.

Le 16 octobre, le malade est complètement guéri ; les urines contiennent 41 gr. 60 de glucose. La quantité des urines dans les vingt-quatre heures est de 910 grammes.

A. F... sort de l'Asile le 31 octobre 1905.

« L'intoxication alcoolique est dans ce cas la principale cause des troubles psychiques. »

La plus grande partie des observations à discuter sont donc éliminées par leur réunion en classes distinctes. Il en reste encore un certain nombre, des plus sérieuses, que les auteurs auraient voulu réunir dans *une cinquième catégorie, où le diabète serait la cause directe de l'aliénation mentale.*

Vu leur importance, nous allons leur consacrer le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Quelles sont les conditions à réaliser pour qu'on puisse affirmer que le diabète est à lui seul la cause des troubles mentaux ? Il nous semble que la définition suivante de Richardière et Sicard (Brouardel et Gilbert, *loc. cit.*), est un critérium excellent pour juger si une psychose évoluant avec un diabète est vraiment liée à lui, en tire son origine et des caractères spécifiques.

« *En effet, si légitimement on veut admettre que le trouble mental est bien d'origine diabétique, il faut que celui-ci apparaisse au cours d'un diabète dûment confirmé, il faut que le malade n'ait présenté aucun état délirant antérieurement à son diabète, et enfin qu'il existe un certain parallélisme entre l'aggravation et l'amélioration des troubles psychiques et l'aggravation et l'amélioration de l'état général du malade et de sa glycosurie.* » Nous ajouterons : *Il faut que le malade ne comporte aucun antécédent héréditaire vésanique.*

Les observations rapportées ci-après, paraissent, à une étude superficielle et rapide, répondre à l'ensemble de cette définition. Dans un examen critique plus attentif et de détail, nous nous proposons de voir si elles répondent plus particulièrement à chacun des termes de notre critérium, et si, dans leur étiologie, on ne relève pas des causes déterminantes autres que le diabète, et d'importantes causes prédisposantes.

Observation XVIII

Legrand du Saulle, *in* thèse Santos.

M. Isaac L..., âgé de 49 ans, brocanteur de tableaux, marié depuis sept ans, père de trois enfants, né et domicilié à Paris, est israélite. Il passe pour être très entendu en affaires, se connaître parfaitement en peinture. Il a toujours été d'un caractère un peu réservé, presque morose, et l'on disait généralement de lui qu'il était « un homme sérieux ». Il n'a jamais été atteint de maladie grave.

A partir du mois de mars 1877, il est complètement impuissant, et il s'en occupe d'autant plus qu'il ne se sent pas souffrant. Il rapporte à ce sujet qu'il mange beaucoup, qu'il boit bien davantage et qu'il urine en assez grande quantité. Il maigrit et pâlit, se fatigue vite, marche moins, commence à préoccuper son entourage, renonce tout à coup à fumer et perd très vite l'entrain des affaires.

En juin, il part, très triste, pour la Belgique et la Hollande, où l'appelaient d'importantes ventes de tableaux, et il revient 15 jours après à Paris, plus sombre et plus affligé encore qu'à son départ. Il se plaint amèrement de n'avoir pas couvert ses frais de voyage et il commence à redouter l'avenir. Il inventorie les 200 tableaux qui sont chez lui et les estime en moyenne au tiers de leur valeur respective. Il parle peu, écrit considérablement, aligne des chiffres, se tourmente, n'ose plus rien acheter à la salle des ventes et tombe dans une sorte d'insouciance, d'apathie et d'indifférence générale qui préoccupe vivement sa femme. Il mange avec appétit, boit plusieurs fois de la bière dans la journée et dans la soirée, et cependant son amaigrissement s'accentue.

En août, il passe dix-sept jours au bord de la mer, prend des bains, va à la pêche, retrouve de l'activité et un peu de gaîté, et il reconnaît spontanément qu'il a eu tort de s'être découragé et de n'avoir rien acheté à Bruxelles et à Amsterdam, au mois de juin. Il rentre à Paris très amélioré, s'occupe des affaires et renoue

toutes les relations commerciales et artistiques qu'il avait interrompues. Ses fonctions génitales restent cependant glacées.

En novembre, il s'affaisse de nouveau et garde presque constamment la chambre ou le lit, à la suite d'une série de furoncles.

En décembre, en proie à une tristesse morne et à un sombre découragement, il s'excite tout à coup, devient anxieux, déclare qu'il est perdu, ruiné, qu'il ne possède plus rien, que ses tableaux ne sont pas à lui, qu'il a des dettes, que sa famille va mourir de faim, qu'il est en faillite, qu'il n'y a plus à la maison de pain pour la journée, et il donne toutes les marques du plus profond désespoir. Il se lamente et ne dort pas. Un médecin du voisinage lui prescrit des bains et une potion renfermant du bromure de potassium, mais il refuse de se laisser soigner, puis il recommande au médecin de ne plus revenir et lui annonce qu'il ne lui paiera pas sa visite, car il est tombé dans la plus profonde misère. « L'huissier va venir. Il saisira les meubles et les tableaux. Je serai demain sur la paille, ajoute-t-il. »

En janvier 1878, Legrand du Saulle fut consulté, et avant d'avoir pénétré jusqu'auprès du malade, il avait demandé s'il n'y avait point de sucre dans les urines. L'analyse n'avait pas été faite et l'attention ne s'était point un seul instant portée sur cet ordre de faits. Or, les signes physiques et les particularités intellectuelles (idées de ruine) avaient, aux yeux de Legrand du Saulle, une valeur diagnostique considérable et imposaient au préalable l'examen des urines.

M. Isaac L... était effectivement diabétique. Un traitement tonique et une alimentation spéciale, le quinquina, l'eau de Vichy et les alcalins l'ont assez rapidement ranimé et amélioré, au point de vue physique. L'état mental s'est parallèlement amendé.

En avril, une rechute est survenue : amaigrissement, furoncles, soif vive, idées de ruine, gémissements.

En mai, l'amélioration physique et intellectuelle est des plus notables.

Que réserve l'avenir ?

Marie et Robinson publient, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1897, deux observations sur

un syndrome clinique et urologique se montrant dans le diabète lévulosurique et caractérisé par un état mélancolique avec insomnie et impulsions.

Observation XIX

M. X..., âgé de 56 ans, a joui d'une assez bonne santé, sauf quelques légers troubles gastriques et un peu d'impressionnabilité nerveuse. Vie calme et réglée. Ses affaires ayant un peu périclité en 1908, il commença à se sentir un peu énervé, reprochait à son fils de travailler mollement dans ses classes et se sentait fatigué et ennuyé. L'estomac fonctionnait moins bien ; pas d'appétit. Vers la fin d'août 1896, ces phénomènes s'étaient encore accrus, quelques idées de suicide s'étaient présentées au malade ; vers la même époque, survinrent des insomnies. A ce moment, il lui était intolérable de se trouver en présence d'amis ou même de simples relations d'affaires ; besoin impérieux de ne pas parler, de ne s'occuper de rien, fatigue extrême, impossibilité de faire même une simple promenade.

Le 13 octobre 1896, consultation entre le Dr Surmont, de Lille, auquel le malade venait occasionnellement demander conseil, et l'un de nous (P. M.). A cette époque, l'état était le suivant : « Le malade a l'air fatigué, abattu, profondément déprimé. Il a, nous dit sa femme, le dégoût de tout, il a perdu courage, est devenu craintif comme un enfant et éprouve une véritable terreur en pensant qu'il ne retrouvera plus son intelligence et restera incapable de conduire ses affaires. Il refuse absolument de prendre toute distraction. Il a la conviction absolue qu'il est ruiné, quoi qu'on puisse lui dire... Pris à part, il répète que sa femme se fait, sur leur fortune, des illusions qu'il ne voudrait pas lui enlever, mais qu'en réalité, la ruine n'est que trop certaine.

Insomnie persistante, résistant aux différents médicaments hypnotiques ; lorsqu'il s'endort, il se réveille avec des transpirations abondantes, surtout à la tête ; son réveil est un supplice, nous dit sa femme, par suite des pensées tristes qui s'emparent de lui, pensées qu'il ne fait que méditer, sans trêve aucune et dont il

ne cesse de parler jour et nuit. Impuissance absolue depuis le mois d'août.

Le malade a maigri de 8 kilos dans les deux derniers mois.

Il n'a jamais éprouvé de polyphagie ni de polydipsie véritables, la quantité d'urine oscillait entre 1500 et 2000 cm. cubes.

Une analyse d'urine faite à Lille, à la demande du Dr Surmont, à la fin de septembre 1896, avait fourni le résultat suivant : Volume en 24 heures : 1460 cm. cubes ; albumine : traces sucre : « Malgré la présence non douteuse de traces de glucose, on n'observe aucune déviation au polarimètre, en raison, sans doute, de l'influence lévogyre des matières réductrices azotées. »

Lorsque, le 13 octobre, le malade se trouvait dans le cabinet de l'un de nous, un examen de son urine fut fait d'une façon extemporanée, avec liqueur de Fehling ; la réduction du sel de cuivre se montra très nette.

Une seconde analyse fut faite à Paris et donna les résultats suivants : Volume des urines en 24 heures : 1300 cm. cubes ; densité : 1021 ; recherches du sucre : ... l'urine agit à chaud sur la liqueur cupro-potassique, la décolore et la réduit même. Cette action ne disparaît pas après défécation par le sous-acétate de plomb, mais à l'examen polarimétrique, on obtient une déviation assez accusée à gauche, et non à droite, comme cela existe pour la glycose. Les résultats obtenus avec les autres réactifs sont plus ou moins négatifs. En résumé, il n'est pas possible de conclure à la présence de la glycose. »

En présence de cet état nerveux morbide et de l'existence du sucre, l'avis des médecins fut qu'il y avait lieu d'appliquer à ce malade le traitement du diabète sucré (prohibition du sucre et des féculents dans le régime alimentaire, bromure de potassium, alcalins et liqueur de Fowler).

Le traitement fut institué le 17 octobre. Dès le second ou le troisième jour, l'insomnie avait disparu, huit jours après il en était de même pour l'impuissance. L'état mental du malade s'était considérablement amélioré ; tout d'abord, M. X..., sans avoir absolument renoncé à ses idées de ruine, n'éprouvait cependant plus la terrible angoisse qui le faisait si vivement souffrir... Le 17 novembre, un mois après le début du traitement, il retournait chez lui et reprenait ses affaires. Il n'avait cependant pas retrouvé en-

core tout son entrain. Mais peu à peu l'équilibre moral revenait et, à la fin de mars 1897, l'état de M. X... était redevenu tout à fait normal ; il l'est resté depuis lors... Il s'occupe activement d'affaires, éprouve du plaisir à se distraire, va volontiers au théâtre et se complaît dans la société de ses amis.

Observation XX

P. M..., âgé de 43 ans, marié depuis 12 ans, père de trois enfants bien portants.

Antécédents héréditaires. — Sœur et nièce grandes hystériques ; plusieurs névropathes avérés dans la famille.

Antécédents personnels. — Migraine en 1885. Blennorragie. Onanisme depuis l'adolescence jusqu'il y a deux mois. Pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie actuelle. — Le malade, originaire de Constantinople, ayant transféré ses affaires à Manchester, a dû subir un surmenage excessif à partir de septembre 1896, à cause de la nouveauté de l'affaire entreprise et de la concurrence. Le climat humide et froid, d'une part, les difficultés d'autre part, ont bouleversé l'état sanitaire de cet individu et ont déterminé les phénomènes nerveux suivants :

Insomnie rebelle à toute médication et à tous moyens.

Idées mélancoliques très prononcées.

Inaptitude au travail.

Inappétence, mais aucun trouble digestif.

Palpitations, notamment quand il est obligé de travailler, si peu que ce soit.

Impuissance sexuelle absolue.

Mais ce qui domine tout, c'est sa préoccupation continuelle, ses prévisions sinistres pour l'avenir de sa famille. Il croit qu'il est ruiné, mais en réalité, il ne l'est pas.

En décembre 1896, idées de suicide.

Vient à Paris. Un éminent aliéniste diagnostique : neurasthénie, forme assez grave, prescrit des toniques et des lotions froides.

Un neurologiste très distingué opine pour : gastrectasie et neurasthénie et prescrit le régime lacté exclusif.

Mais l'état du malade empire, l'idée de suicide s'accentue, et un jour, il avale en une fois un flacon de solution arsenicale contenant 10 centigrammes d'arséniate de soude. Aucun résultat qu'un peu de céphalée. Le lendemain, il boit d'un seul coup un flacon de bromidia. Cette fois, il est vraiment empoisonné... On arrive cependant à le sauver.

État actuel. — Rien de particulier dans les organes respiratoires et circulatoires. Il boit fréquemment, mais pas en grande quantité. Il urine aussi assez souvent, même pendant la nuit, mais la quantité de l'urine émise pendant 24 heures n'a jamais dépassé deux litres.

Pas de céphalée en casque ou autre, pas de plaque rachidienne. Haleine fétide, aigre de temps en temps, dit sa femme. Gingivite caractéristique. Rétrécissement uréthral. Pleurs fréquents sans cause sérieuse... Il est ruiné... il sera la cause de la misère future de sa famille. Réflexe rotulien normal. A diminué depuis quelque temps de 4 kilos.

Rien à noter au point de vue de la sensibilité générale.

Mémoire intacte ; il sait bien calculer. Pourtant, il ne peut écrire deux mots à ses correspondants intéressés dans ses affaires. Pas de tremblement.

17 mai 1897. — Consulté une deuxième fois le médecin aliéniste, qui insiste sur l'urgence d'envoyer le patient dans un asile.

18 mai 1897. — Consultation entre le docteur Robinson et le docteur P. Marie. L'hypothèse du diabète est soulevée, et en faisant une analyse sommaire de l'urine du malade, on obtient une réduction très nette de la liqueur cupro-potassique ; mais la coloration jaune ainsi produite est plus brune que la coloration jaune orangé habituelle aux urines diabétiques. Le jour même, le malade est mis au régime alimentaire anti-diabétique et, en même temps, nous lui prescrivons de l'arsenic et une douche journalière de 20 secondes sur le rachis.

Le malade se soumet au régime et, chose surprenante ! au bout de deux jours, il arrive, sans aucune médication hypnotique, à dormir pendant neuf heures continues d'un sommeil du juste, dit son entourage. Depuis, son état alla en s'améliorant ; trois

jours après le début de notre traitement, la garde-malade anglaise fut renvoyée ; aucune idée de suicide, correspondance suivie et correcte, il a pris la direction de ses affaires... et part le 18 juin pour Constantinople, avec sa famille, aussi bien disposé que possible.

Analyse de l'urine. — Il est bien regrettable que nous n'ayons pu faire pratiquer cette analyse avant que le malade commençât son régime approprié.

Première analyse, le 21 mai : glucose : 0,50 pour 1000 ; autres matières réductrices : 2,50 pour 1000 ; urée : 20,50 pour 1000.

23 mai. — Réaction très nette de lévulose par le procédé de Séliwanoff. Urée : 15 pour 1000.

Substances réductrices : 2 pour 1000.

Deuxième analyse, le 2 juin : urée : 31,75 pour 1000 ; acide urique : 0.965 pour 1000 ; acide phosphorique : 2,78 pour 1000 ; chlorure de sodium : 8,80 pour 1000. Légère réduction et coloration jaunâtre par l'addition de la liqueur de Fehling ; cette coloration ne peut être considérée comme caractéristique de la glycose.

Cristaux d'oxalate de chaux. Spermatozoïdes.

L'azoturie signalée, du reste assez légère, est due, cela va sans dire, à l'alimentation carnée à laquelle le malade était soumis.

Observation XXI

Cornu, *in Annales medico-psychologiques.*

Mlle G..., 64 ans, célibataire, sans profession, entre à l'Asile le 8 octobre 1901.

Le certificat d'entrée porte : aliénation mentale caractérisée par de la mélancolie, avec délire et impulsions érotiques ; idées de suicide.

La malade est calme, un peu déprimée, mais elle manifeste quelque joie, cependant, à l'idée qu'on va la guérir.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans ; mère rhumatisante, migraineuse, morte à 68 ans ; un frère mort diabétique (ictus).

Antécédents personnels. — Ils ne mentionnent qu'un état migraineux ; les accès revenaient tous les mois, avec nausées ; ils ont disparu avec la ménopause, survenue il y a douze ans.

La malade se plaint d'une violente excitation génésique depuis quelques mois ; ses désirs sont devenus très fréquents, et malgré elle, la malade doit les satisfaire, ce dont elle s'acquitte, d'ailleurs, avec beaucoup d'imagination.

Elle a constaté que son caractère a changé : elle se trouve plus « mélancolique. »

L'état général est bon. Poids : 58 kilos.

Langue un peu chargée. Bon appétit. Pas de constipation. Abdomen souple et indolore. L'estomac un peu dilaté.

Pas de polyphagie ni de polydipsie.

Cœur : à la pointe, souffle systolique, doux, sans propagation nette dans l'aisselle. Quelques intermittences.

Poumons : rien d'anormal.

Organes génito-urinaires : on ne trouve pas trace d'hymen ; pas d'excoriations ni de surfaces végétantes. Le méat urinaire seul est un peu rouge ; la malade nous dit avoir uriné sept ou huit fois dans la nuit.

La région anale ne présente aucune altération.

Pas de polyurie.

L'urine est claire ; pas d'albumine ; réaction nette du glucose.

Système nerveux : pas de troubles moteurs, sensibilité générale et spéciale normales. Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Etat mental. — La malade est abattue, mais elle répond bien aux questions, poussée par le désir de bien se soigner et de guérir. Elle est très consciente, et c'est elle-même qui a voulu venir à l'Asile pour y chercher guérison. Mémoire bien conservée. Un peu de niaiserie des propos. Elle se plaint de ses excitations génitales, qui la tourmentent et « la rendent ridicule. »

Délire érotique et atténuation du sens moral : elle raconte avec détails toutes ses sensations : « elle voudrait se marier, il lui faudrait un amant, qui lui éviterait le ridicule de sa situation ; elle est étonnée de se trouver encore désireuse », elle énumère tous les moyens imaginés pour apaiser ses désirs. Elle les apaise comme elle peut, en effet ; par moments, c'est avec frénésie.

On signale quelques idées de suicide.

Certificat de vingt-quatre heures : Folie consciente à caractère érotique. Dr Pierret.

9 octobre. — L'analyse quantitative des urines est faite par M. Lambert, pharmacien en chef de l'Asile.

Volume	790 cm. cubes
Densité	1.019

Urée	0 gr. 40	par litre	6 gr. 53	pour 790 cc.
Acide urique	0 gr. 61	—	0 gr. 48	—
Acide phosphorique	0 gr. 668	—	0 gr. 628	—
Chlore et Brome	6 gr. 99	—	5 gr. 32	—
Glucose	9 gr. 55	—	7 gr. 54	—
Albumine	Traces			

Autant que le permet le menu d'un Asile, on soumet la malade à un régime privé de féculents. Régime lacté mixte.

On donne l'antipyrine à la dose quotidienne de 1 gramme et l'iodure de potassium (1 gr. 50 en potion).

15 octobre. — *Certificat de quinzaine :* Diabète avec excitation génitale intense. Dr Pierret.

25 octobre. — La malade se trouve un peu soulagée ; mais elle est toujours dans le même état de dépression physique et mentale : regard triste.

2 novembre. — « Même état mental avec impulsions érotiques. Dr Viallon. »

1er décembre. — La malade annonce qu'elle n'a plus « ses désirs » et manifeste l'intention de quitter l'Asile. On recueille les urines de vingt-quatre heures pour les soumettre à un nouveau dosage.

2 décembre. — Mlle G... paraît être en bonne voie d'amélioration et pourra peut-être sortir sous peu de l'Asile. Dr Villon. »

3 décembre. — Deuxième analyse :

Volume	1.240 cc
Densité	1.014

	Par litre	En 24 heures
Urée	8 gr. 75	10 gr. 85
Acide urique	0.28	0.35
Acide phosphorique	0.99	1.29
Chlore	5.19	6.57

Pas d'éléments anormaux.

15 décembre. — « L'état de Mlle G... va en s'améliorant rapidement : disparition de l'excitation génésique avec la disparition progressive du sucre dans les urines. Si cette amélioration persiste, la malade pourra quitter prochainement l'Asile. Dr Viallon. »

25 décembre. — La malade, toujours un peu déprimée, affirme la disparition de toute excitation et de tout acte érotique.

2 janvier. — Troisième analyse :

Volume. . .	990 cc.
Densité. . .	1.016
Urée. . .	11
Acide urique. .	0.26
Acide phosphorique. .	1.02
Chlore. . .	5.735
Eléments anormaux. .	Néant

3 janvier. — « Le médecin en chef de la section des femmes déclare ne pas s'opposer à la sortie de Mlle G... Dr Viallon. »

Sengès, qui a publié le plus récent travail d'ensemble sur la question (Th. Toulouse, 1909), s'appuie, pour conclure classiquement à l'existence de vraies psychoses diabétiques sur les diverses observations signalées au cours de ce travail, et surtout sur 3 observations personnelles.

Observation XXII

(Obs. XVI de Sengès, recueillie à Pau)
Mélancolie anxieuse et diabète

M. V..., 49 ans, en 1897, négociant.

Antécédents héréditaires. — Père mort de coma diabétique. Caractère normal, n'a jamais présenté de troubles mentaux. Mère, pas de troubles mentaux.

Antécédents collat. — 4 frères ou sœurs morts jeunes ; une sœur atteinte d'hémiplégie infantile (?), (décédée à 40 ans).

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves avant l'apparition du diabète reconnu il y a une vingtaine d'années. Pas d'habitudes alcooliques. Caractère habituel vif, s'emportant très facilement, très impressionnable. A l'occasion du mariage de sa fille, dont il a beaucoup de peine à se séparer, M. X..., qui n'avait présenté rien d'anormal jusque-là, devient très violent et présente les phénomènes qui ont nécessité son admission à l'Asile.

Certificat de quinzaine (15 mars 1897). — M. X... est atteint de lypémanie anxieuse, avec illusions de la vue et de l'ouïe, sentiments d'indignité et de culpabilité.

L'analyse des urines faite en ce moment (17 mars), donne une densité de 1033 et 23 gr. de sucre.

L'état mental subit peu de changement pendant les premières semaines du séjour à l'Asile. Nouvelle analyse le 9 mai :

Densité	1022
Albumine	Néant

Ne réduit pas la liqueur cupro-potassique et ne dévie pas le plan de la lumière polarisée.

A partir de ce moment, nous n'avons pu retrouver des détails précis sur l'état mental de ce malade. Cependant, une amélioration assez notable a dû se produire peu à peu, puisque la famille demande à le reprendre. Il sort en congé de trois mois, le 31 août 1897, à l'expiration desquels, ayant recouvré complètement la santé, le congé est converti en sortie définitive.

Le résultat de l'analyse des urines à ce moment ne nous est pas connu, mais les symptômes du diabète étaient très atténués ou absents.

L'amélioration de l'état mental se maintient pendant plusieurs mois ; puis on constate de l'excitation cérébrale intense ; le malade parle beaucoup, se donne beaucoup de mouvement, écrit beaucoup et de très longues lettres à d'anciens amis oubliés. Il est parfois violent, irascible au suprême degré. Cet état dure environ 2 ans.

En 1905, période d'abattement, le malade est affaissé. Une saison à Vichy produit, contrairement aux années précédentes, peu d'amélioration.

Etat actuel (19 mars 1909). — Urines, 3 litres.

Albumine	Néant
Glucose	40 gr.

Marche vers la démence ; amnésie des faits récents ; est incapable d'écrire une lettre. Instabilité de l'attention. Préoccupations érotiques. Cet état dure depuis 2 ans.

Observation XXIII

In thèse Sengès. Due à l'obligeance du Dr Lallemand

M..., entré à l'Asile le 15 novembre 1900, après un séjour de quelques semaines dans une maison de santé particulière. Le malade présente des troubles intellectuels considérables, caractérisés principalement par des idées de ruine. Il ne cesse de répéter : Que vais-je devenir ? Il dit qu'il n'a plus que les vêtements qu'il porte sur lui, et être complètement ruiné. En dehors de cette idée, qui ne le quitte pas, M... ne parle presque pas. Il se plaint un peu d'un de ses voisins...

Au physique, M... est très affaibli, il mange sans appétit, a eu pendant quelques jours une diarrhée assez forte.

A noter l'existence de 2 grammes de sucre dans ses urines, par litre.

Décembre. — Etat mélancolique, idées de ruine, diabète.

Janvier 1901. — Idées hypocondriaques, le malade se plaint sans cesse de sa santé, se croit perdu.

Février-Mars. — Même état.

Août. — M... n'est assurément pas guéri, il se trouve en ce moment dans un état mental relativement satisfaisant ; il est calme, mais pas encore lucide et pourrait sortir à la condition d'être surveillé.

Sorti amélioré le 28 août 1901 ; à ce moment, les urines ont été examinées, elles ne contenaient plus de glucose.

M... est réintégré le 16 décembre 1901. A vécu dehors 3 mois et demi. Mais dès les premiers jours il a commencé à se plaindre, à gémir sur sa nourriture, sur les dépenses de la maison, amenant des discussions et des récriminations qu'il regrettait aussitôt après, et ne pouvant se retenir de recommencer.

A demandé lui-même sa réintégration. En rentrant, il a demandé ses anciennes faveurs de régime, de dortoir, de voisinage, recommençant ses doléances avec le même air souriant et pleurard qu'il avait. Depuis son entrée, le malade ne présente pas de modifications dans son état mental. Il a besoin qu'on l'écoute tous les matins réclamer des changements ou des améliorations dans son régime et trouve toujours quelque nouveau sujet de plainte sur sa santé. Au cours de son deuxième séjour à l'Asile, des analyses d'urine ont été faites et on a constaté à plusieurs reprises, tantôt 4, tantôt 8, tantôt 10 grammes de sucre par litre.

Lorsque M... est sorti de l'Asile, le 28 août 1906, ses urines ne contenaient plus de sucre, il était calme, lucide et n'avait plus d'idées de ruine. J'ai eu tout récemment de ses nouvelles, il continue à bien aller.

Observation XXIV

In thèse Sengès. — Résumée

M. R..., ancien garde-chasse. Pas de diabétique dans ses ascendants ni collatéraux. Pas d'hérédité mentale. Mère nerveuse.

Diabète depuis 1906. Il avait alors 87 grammes de glucose par litre et urinait de 3 à 4 litres par 24 heures.

Interné le 25 novembre 1908. Il a eu une sorte d'ictus il y a 8 mois. Présente surtout des idées délirantes de persécution et de jalousie.

Glucose à l'entrée, 14 gr. 50 par litre. Albumine.

Glucose le 15 décembre, 12 gr. 50 par litre.

Sort guéri le 27 janvier 1910.

Revient volontairement le 23 août. Moins jaloux, a peur de frapper sa femme ; recherche angoissante du mot.

Analyse le 29 août : glucose, 59 gr. 75.

Traitement : Antipyrine, 1 gramme ; eau de Vichy.

En septembre 1909, il dort très bien, recherche toujours le mot. Nerveux et émotif, il se trouve très malheureux de son état.

Fin septembre 1909. — Plus tranquille, moins angoissé, dort un peu.

Glucose, 35 gr. 82.

Nettement amélioré, il quitte l'Asile le 2 octobre.

Cohn *(Centr.-Bl. f. Klin. med.*, 10 déc. 1892), relate le cas suivant :

OBSERVATION XXV.

(Résumée)

Un homme de 35 ans, à tare névropathique, mais jusque-là bien portant, présente brusquement un état d'excitation maniaque avec hallucination, etc. Quelques jours après, l'analyse des urines décèle 45 grammes de sucre par litre. On institue le régime anti-diabétique, et l'état mental se rétablit vite, en même temps que le sucre disparaît de l'urine ; mais depuis, si le sujet, qui jouit d'une bonne santé, fait quelque écart de régime, des traces de sucre reparaissent dans l'urine et parfois aussi il se montre de l'excitation cérébrale avec céphalalgie.

R. Lépine, dans un article où il démontre que le syndrome de Marie et Robinson — dont les observations ont été citées — doit être rattaché au diabète glycosurique (puisqu'en dehors de la déviation à gauche de la lumière polarisée, on ne trouve que des symptômes de diabète vulgaire), donne une observation intéressante :

OBSERVATION XXVI

(In *Semaine Médicale*, 1899)

Une dame de plus de 60 ans, ayant présenté autrefois un certain embonpoint, était atteinte de diabète depuis 15 ans, à sa connaissance. Elle ne se rappelle, comme antécédent morbide, qu'une fièvre intermittente survenue dans son enfance. Je ne crois pas que cette fièvre, de date si ancienne, et dont elle n'a pas eu de retour, ait joué un rôle étiologique dans le développement du diabète, et il n'y a eu aucune autre cause accidentelle de cette affection. Toutefois, l'hérédité doit être invoquée, non pas l'hérédité directe, mais l'hérédité collatérale, attendu que son cousin germain est atteint d'un diabète qui, à certaines périodes, a été grave. Fait

important, ce cousin diabétique a présenté au moment où son diabète était le plus sérieux, des troubles mentaux fort accusés. Actuellement, le diabète est très amélioré, grâce à un traitement sévère, et la raison est entièrement revenue. Quant à la patiente elle-même, elle s'est assez mal soignée ; cependant, elle s'est rendue chaque été à Vichy, sauf cette année, où elle se trouvait trop faible. Après chaque saison elle éprouvait une amélioration assez considérable. Elle a été toujours nerveuse, mais c'est seulement depuis quinze mois qu'on a remarqué chez elle des troubles mentaux très caractérisés.

Son neveu qui ne la quitte jamais, m'a donné à cet égard des renseignements très circonstanciés ; à certaines périodes, cette femme, qui d'ordinaire est fort raisonnable et ne manifeste aucun affaiblissement intellectuel, est prise d'un délire mélancolique la rendant insupportable à son entourage ; elle se croit à tort ruinée et devient avare au point qu'il est impossible d'obtenir d'elle l'argent du ménage. De plus, elle a des idées très prononcées de suicide, qui empêchent qu'on la laisse seule une minute. Un jour, elle s'est emparée d'un révolver et il a fallu user de ruses de sauvage pour lui retirer cette arme ; d'autres fois, elle tenta de se jeter par la fenêtre, etc. Depuis un an environ, le médecin qui la soigne d'habitude a constaté chez elle de l'acétonurie, et, d'après la remarque très judicieuse qu'il a faite, les périodes d'acétonurie et de troubles mentaux paraissent coïncider d'une manière exacte. Au moment où j'ai pu observer cette malade qui m'a été adressée par le docteur Darricarère, elle ne présentait que très peu d'acétonurie ; l'urine avait une faible odeur d'acétone et la réaction de Gerhardt (coloration rouge par le perchlorure de fer), était peu marquée ; aussi les troubles mentaux n'étaient-ils très manifestes qu'à certains moments de la journée. L'urine, de coloration limpide, sans dépôt, avait une densité de 1034, elle renfermait par litre 7 gr. 50 d'urée, et la liqueur de Fehling décelait 73 gr. 50 de sucre. Les idées de tristesse et de suicide chez cette malade paraissent en rapport avec l'intoxication acétonurique.

A la suite de cet exposé de faits, et conformément au but que nous nous sommes assigné en tête de ce chapi-

tre, nous allons nous livrer à une série de remarques critiques.

Dans l'observation XVIII (de Legrand du Saulle), le parallélisme qui paraît exister n'est noté que d'une façon superficielle. Il manque la confirmation d'analyses d'urines répétées. De même rien n'est indiqué au sujet des antécédents héréditaires du malade. (On sait pourtant la fréquence de l'hérédité vésanique chez les israélites), ni formellement indiqué, non plus, au sujet de l'apparition du diabète.

D'autre part, les idées de ruine auxquelles Legrand du Saulle accordait une valeur diagnostique en faveur d'une étiologie diabétique, sont loin d'être considérées actuellement comme appartenant en propre à cette affection. On les trouve aussi fréquemment dans la mélancolie d'involution présénile, dont le malade en question a présenté certains symptômes.

Pourtant, l'âge du malade (49 ans), à défaut des altérations possibles de son appareil cardio-vasculaire, aurait peut-être pu faire songer à l'existence d'un syndrome mélancolique, dont rien, dans cette observation écourtée, ne vient infirmer absolument l'évolution.

Marie et Robinson, dans l'observation XIX, négligent d'indiquer les antécédents héréditaires du malade.

Dans le deuxième cas, ils déclarent (obs. XX), que l'analyse quantitative des urines n'a été faite qu'après l'institution du régime diabétique (trois jours après). On ne peut savoir, par conséquent, quelle était la teneur des urines en lévulose. Rien ne prouve donc qu'il y eût, en même temps que l'atténuation des troubles mentaux, une diminution réelle de la lévulosurie. D'autant plus que, dans nos propres observations, nous avons vu fréquemment l'état

mental rester stationnaire, et même s'aggraver quelquefois, quand la glycosurie diminuait.

N'oublions pas non plus que ce malade est d'une famille où les névroses ne sont pas rares.

Enfin, une objection d'ordre plus général est faite par Lépine, qui se demande si, comme dans le cas de Béclère (voir Bibliographie et chap. IV, note du bas de la page), le cas de ces deux malades n'est pas susceptible de recevoir une interprétation analogue (passage dans l'urine d'acide uro-chloralique, réduisant en solution alcaline la liqueur de Fehling et déviant à gauche le plan de la lumière polarisée). « A l'appui de cette hypothèse, il serait possible de faire valoir que la réduction des urines se produisait avec une coloration brune, et que les deux malades paraissent avoir usé largement des hypnotiques, ce qui permettrait de soupçonner l'acide uro-chloralique d'être la cause de la déviation à gauche de la lumière polarisée. »

Marie lui-même, en exposant oralement ces cas, faisait remarquer qu'il n'était pas certain que la substance lévogyre rencontrée dans les urines des deux malades fût incontestablement de la lévulose.

Dans l'observation XXI (de Cornu), intitulée « Un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques », nous avons cherché en vain l'existence de l'état mélancolique dont nous ne trouvons aucun des symptômes principaux : anxiété, douleur morale, lenteur des représentations mentales. Au contraire, la malade « manifeste même de la joie à l'idée de sa guérison prochaine ». Du reste, le certificat de quinzaine ne fait même pas mention de troubles mentaux réels.

Quant aux impulsions érotiques, elles sont sous la dépendance directe du prurit vulvaire et des dysesthésies vulvo-vaginales qu'il engendre (cf. obs. VI). Cette excita-

tion génitale, dont nous avons parlé longuement à propos des troubles psychiques d'ordre élémentaire, est comparable à celle qui existe chez les calculeux et les rétrécis, qui se livrent quelquefois à l'onanisme, sous l'influence de l'excitation périphérique émanée de leurs lésions urinaires.

Enfin, l'impudeur avec laquelle la malade dépeignait ses sensations morbides et le remède naïf qu'elle y voulait apporter, nous semblent bien plutôt relever d'un affaiblissement léger du sens moral et du jugement, bien pardonnable à son âge.

La lecture du premier cas de Sengès (obs. XXII) suggère immédiatement la conviction qu'on a eu affaire à une psychose à double forme, absolument indépendante du diabète concomitant. L'alternance des états de dépression mélancolique et d'excitation maniaque nous semble incontestable.

D'autre part, le parallélisme des troubles psychiques et du symptôme diabétique glycosurie, n'y apparaît nullement. On n'a aucun détail précis sur l'état du malade, au moment même où il n'a plus de sucre, période qui correspond à sa sortie de l'Asile, en congé temporaire. De plus, les troubles mentaux reparaissent sous forme d'une excitation cérébrale intense, sans que, pendant une période de deux ans, le taux de la glycosurie, ni l'existence d'autres symptômes diabétiques, soient indiqués.

Enfin, une saison à Vichy en 1905 (seul traitement mentionné), n'amène aucune amélioration dans l'état mental.

Dans le deuxième cas (obs. XXII), on est frappé par ce fait un peu paradoxal qu'une glycosurie d'un taux minime se soit accompagnée de troubles mentaux aussi prononcés que ceux signalés. Est frappant aussi ce fait qu'aucune analyse n'a été faite pendant 8 mois (de décembre à

août), où le malade est signalé dans le même état mélancolique.

De plus, l'antériorité du diabète par rapport aux troubles mentaux, peut se contester en raison de l'internement antérieur du malade dans une maison de santé particulière. Ne serait-on pas en présence d'une glycosurie survenue chez un aliéné ?

L'hérédité non plus n'est pas mentionnée.

Dans l'observation XXIV, dernière de Sengès, il semble bien que l'ictus soit à l'origine des troubles mentaux, mais de quelle nature était cet ictus ? Quelles en ont été les suites et les reliquats ? On connaît pourtant la fréquence des troubles mentaux dans les lésions organiques du cerveau !

En outre, le parallélisme de la glycosurie et des troubles mentaux est assez grossier, plus apparent que réel. C'est ainsi qu'on voit le malade sortir amélioré, mais non guéri, de ses troubles mentaux, et conservant encore 35 grammes de sucre.

A remarquer aussi que, dans le premier internement, qui dure deux mois, le taux de la glycosurie tombe de deux grammes de novembre à décembre ; les troubles mentaux restent marqués. Aucune analyse d'urines du 15 décembre au 27 janvier, époque de la première sortie.

Restent les observations de Cohn et de Lépine. Dans la première (obs. XXV), la tare névropathique signalée nous paraît, en l'absence de détails plus précis, suffisante pour légitimer l'existence de troubles mentaux dans l'étiologie desquels le diabète entrerait tout au plus comme cause adjuvante.

Enfin, de l'aveu de Lépine lui-même, « il ne faut pas, dans l'observation XXVI, oublier l'hérédité. L'acétonémie n'a joué chez la malade en question que le rôle de cause

occasionnelle. A elle seule, cette intoxication ne paraît pas capable d'amener le délire. »

De plus, le diabète étant assez rarement cause de troubles mentaux, il serait assez singulier de le voir devenir agent psychogène chez deux membres de la même famille, s'il n'y avait une cause autre, et qui nous échappe.

Dans cette étude, nous n'avons donc trouvé aucune observation qui réponde exactement à la définition de Richardière et Sicard ; à présent, revenant sur une idée que nous avons déjà exposée, nous sommes fondé à affirmer que les troubles mentaux désignés sous le nom de psychoses diabétiques proprement dites, ne diffèrent en rien dans leur évolution de ceux dont on fait des vésanies diabétiques. Dans tous ces cas, c'est, semble-t-il, le même hasard de causes prédisposantes ou occasionnelles qui préside à leur évolution, et qui donne à la psychose sa couleur et sa forme spéciales.

D'ailleurs, certains auteurs déjà avaient fait des réserves à propos des psychoses diabétiques. M. le docteur Glénard (de Vichy) « ne croit pas à l'existence d'un trouble mental diabétique, c'est-à-dire d'un trouble mental causé par la glycémie ». M. le docteur Fay-Durand-Fardel, médecin consultant à Vichy, dit qu'il est « impossible de trouver des faits qui puissent légitimer une classe de troubles mentaux d'origine diabétique ».

Autant qu'on peut en juger par l'expérimentation, l'hyperglycémie ne semble pas susceptible de déterminer de l'excitation cérébrale. Dans un certain nombre d'expériences inédites, Lépine a injecté de fortes doses de différents sucres dans les veines de chiens ; il n'a jamais observé que de la somnolence. M. Arrous (Compte-rendu de la Société de biologie, 7 août 1898, p. 512), qui a trouvé la lévulose légèrement plus toxique que le glucose, ne mentionne pas

non plus d'effet d'excitation. « Ce qui montre bien, disent Bernard et Féré, que la présence du sucre n'est pas la condition indispensable à la production des accidents, c'est qu'ils se manifestent souvent quand le sucre a diminué, et il n'est pas rare de voir des diabétiques succomber à des accidents cérébraux, précisément au moment où ils ne sont plus glycosuriques. »

Il y a donc d'autres causes à l'apparition des troubles mentaux chez les diabétiques. Là aussi (Régis), « l'hérédité est sans contredit la plus importante des causes de folie, la cause des causes, comme on l'a appelée ». Même lorsqu'on ne la trouve pas, on peut douter et se dire que les renseignements donnés par les malades ou par leur famille ne sont point frappés au coin d'une authenticité irrécusable : l'orgueil appelle souvent le mensonge.

Lépine lui-même, et Legrand du Saulle avant lui pensaient que la prédisposition était nécessaire.

En dehors de l'hérédité vésanique et névropathique, ces psychoses paraissent surtout relever d'intoxications, de l'alcoolisme en particulier. Rappelons, à ce propos, le mot de Bouchardat : « La meilleure façon de délirer pour un diabétique est de faire des excès d'alcool. » On peut invoquer encore les modifications profondes, imprimées à l'organisme par la ménopause et l'involution présénile.

L'impuissance du diabète à créer seul la folie semble être mise en évidence par l'observation suivante, dans laquelle une jeune femme atteinte de goître exophtalmique, et non diabétique, présente des troubles mentaux. Il n'y avait jamais eu, et il n'y a dans la famille, aucun aliéné, et cependant la plupart des ascendants ou collatéraux directs de la malade avaient présenté du diabète.

Nous donnons cette observation, qui n'a pas un rapport absolument direct avec notre sujet, pour montrer que la

vésanie a frappé justement l'individu qui seul aurait normalement dû être épargné, si le diabète présidait réellement à la genèse de certains troubles mentaux.

Observation personnelle

Jeanne B..., âgée de 28 ans, entre à l'Asile avec le certificat suivant : « Atteinte de goître exophtalmique, a eu hier, à bord du *Congo,* une crise nerveuse consistant en perte de connaissance, paralysie linguale et troubles de la phonation, tremblement et agitation modérée, qui nécessite des soins dans un asile d'aliénés. » Signé : Dr Bétoulières.

Antécédents héréditaires. — La malade est née en France, mais ses parents habitent l'Egypte depuis trente ans. Ils sont de bonne constitution ; toutefois, le *père,* âgé de 54 ans, souffre depuis une douzaine d'années de *crises diabétiques* intermittentes qui cèdent assez facilement au régime, ne l'ont jamais empêché de faire son travail et ne s'accompagnent d'aucune modification du caractère. La mère, âgée de 52 ans, a eu, dans ces dernières années, quelques crises de coliques néphrétiques assez légères.

Parmi les ascendants, la *grand'mère* paternelle était atteinte de goître assez prononcé, qui ne présentait pas le caractère basedowien ; elle est morte à l'âge de 74 ans de *coma diabétique.*

Le grand-père et l'arrière-grand-père du côté paternel sont morts de cancer à l'estomac, vers l'âge de 65 ans.

Madame B... a une sœur mariée et quatre frères ; tous sont en bonne santé et très vigoureux, sauf *un des frères,* âgé de 22 ans, qui souffre de *diabète insipide* depuis l'âge de 5 ans, mais paraît, en dehors de cela, bien portant. Ce diabète s'est déclaré consécutivement à la diphtérie. En outre, elle a un *cinquième frère* qui est *mort du diabète* à l'âge de 5 ans, en 1905. Cet enfant avait été conçu alors que le père était déjà diabétique.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 17 ans, Jeanne B... paraissait jouir d'une santé excellente ; à cet âge, elle a présenté pendant 6 mois un syndrome hyperchlorhydrique net.

Jusqu'à son mariage, qui a eu lieu en avril 1903, alors qu'elle était âgée de 21 ans environ, elle paraissait en bonne santé ; tou-

tefois, elle éprouvait fréquemment quelques troubles mecaniques de la déglutition (irritation de la trachée par les boissons). Aucun symptôme apparent de goître à cette époque. En mai 1904, elle a accouché d'une fillette bien portante, qu'elle a allaitée jusqu'en février 1905. A cette époque, deux grands malheurs ont frappé sa famille : sa grand'mère et son jeune frère qu'elle affectionnait beaucoup sont morts, et il semble que la peine qu'elle en a éprouvée ait eu une grande répercussion sur sa santé. Dès ce moment, elle a commencé à s'affaiblir et elle a dû cesser d'allaiter son enfant, qui a contracté une gastro-entérite aiguë, et est morte au mois d'avril suivant ; elle-même a souffert de troubles intestinaux graves, qui ont failli entraîner une issue fatale. C'est à ce moment (avril 1905), que son médecin traitant s'est aperçu qu'elle était atteinte de goître exophtalmique nettement caractérisé.

Il est difficile de préciser si cette affection s'est déclarée réellement à ce moment-là ou si elle datait de l'accouchement, où même si les premiers symptômes n'en doivent être reportés à la maladie d'estomac dont elle a souffert à 17 ans.

Quoi qu'il en soit, à partir d'avril 1905, tous les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow se sont manifestés (troubles de l'appareil digestif, troubles cardiaques, exophtalmie légère, quelquefois tremblements), en même temps que se déclarait une albuminurie grave, résistant à tous les traitements, disparaissant spontanément vers la fin de 1906 pour reparaître ensuite, mais à un degré moindre, à diverses époques.

Pendant l'été de 1906, la malade a passé 2 mois à Genève, où elle a suivi un traitement en vue de subir l'opération de son goître, mais l'albuminurie notable a empêché cette opération.

Depuis lors, elle a vécu en Egypte sans suivre aucun traitement spécial. Sa santé chancelante ne l'a jamais obligée à s'aliter, sauf pendant de courtes périodes. Toutefois, les troubles cardiaques ont toujours persisté, la menstruation n'a jamais été régulière et des poussées d'albuminurie se sont produites de temps en temps. Son caractère, qui était, avant 1905, très égal, est devenu quelque peu fantasque ; elle était parfois très irritable aussi. Elle a eu trois fausses couches pendant les années 1907-1908, ce qui a pro-

voqué chez elle une grande tristesse, car elle désirait ardemment avoir un enfant.

En novembre 1909, son appartement ayant été cambriolé et ses bijoux dérobés, elle en a eu une grande frayeur. Dès ce moment, elle a présenté des hallucinations, d'abord nocturnes, puis diurnes, en même temps que survenaient des paralysies transitoires, localisées à certains organes.

Dans le courant de décembre, les troubles cérébraux se sont accentués ; une crise très grave, à caractère hystérique, s'est déclarée et a amené l'internement de la malade dans un asile d'aliénés.

Au début de cette crise, elle a éprouvé des insomnies prolongées pendant plus de 72 heures et résistant à tous les hypnotiques. Hallucinations à caractère zoopsique : elle se croyait entourée de bêtes qui la dévoraient. Enfin, elle est tombée dans un état d'insensibilité stupide, voisin du coma, qui a duré 2 jours. Le rétablissement a été très rapide et la durée de son séjour à l'asile, d'une quinzaine de jours à peine. A la suite de cette première crise, la malade est restée 5 semaines environ dans sa famille, sans présenter de perturbations mentales, mais celles-ci ont réapparu en février. On notait cette fois du tremblement généralisé faisant bientôt place à un état d'obnubilation totale qui persista pendant 60 heures environ. Consécutivement, elle a présenté un degré assez accentué de confusion. Enfin, vers le 10 mars, les hallucinations sont revenues et il a fallu recourir de nouveau à l'internement, qui a duré 5 semaines environ, suivi d'un rétablissement progressif. Pendant ces périodes de troubles mentaux le cœur était absolument affolé.

Etat actuel. — Jeanne B... entre à l'asile le 12 mai 1910. A l'observation elle donne une impression générale d'inquiétude, d'instabilité ; elle est puérile dans le ton de ses réponses, dans ses jeux de physionomie. Elle répond assez bien aux questions relatives à son âge, son lieu de naissance, à sa famille, à ce qui lui est arrivé. Brusquement, elle se lève, regarde autour d'elle d'un air étonné, veut quitter la salle ; puis elle se rassied et laisse l'interrogation se poursuivre.

Certificat de 24 heures. — Présente un léger degré d'obnubila-

tion intellectuelle, avec désorientation, puérilisme ; semble sujette à des hallucinations de l'ouïe (s'entend appeler) ; présente des signes de goître exophtalmique... et doit être maintenue en observation. Signé : Dr Alombert-Goget.

Examen physique. — Pleure abondamment au moment de cet examen, demandant son mari, « le seul homme qui existe pour elle sur la terre. »

Attitude générale et démarche à peu près normales.

Appareil respiratoire normal ; à signaler une légère accélération du rythme respiratoire, 24 inspirations par minute.

Eréthisme cardiaque notable. Léger éclat diastolique du second bruit au foyer aortique, où l'éréthisme est très intense. La malade dit elle-même spontanément qu'elle sent quelquefois son cœur battre là, tout comme s'il était déplacé.

Tachycardie. Pouls : 112. Pas d'arythmie.

Hypertrophie du corps thyroïde (goître), surtout aux dépens du lobe droit qui est un peu dur à la pression.

Rien d'anormal du côté de l'appareil digestif.

Quelques troubles moteurs ; légère parésie du bras droit qui, peu apparente normalement, est révélée quand la malade porte quelque chose à la bouche ; elle s'incline alors légèrement sur le côté gauche, prenant appui de son bras droit sur la paroi thoracique droite. Sent quelquefois ses jambes se dérober brusquement sous elle.

Tremblements de moyenne fréquence, peu visibles au repos, accentués par certaines attitudes. Les tremblements du membre supérieur sont très visibles pendant la prise du tracé sphygmographique. Légers tremblements de la tête.

Réflexes pharyngien diminué, patellaires presque abolis ; la malade se prête mal à cette recherche. Réflexes pupillaires intacts. Pas d'inégalité ni d'Argyll. Quelques troubles sensitifs : névralgies fronto-faciales, intercostales, accusées par la malade.

Pas de troubles auditifs.

Myopie légère.

Exophtalmie bilatérale, avec léger allongement de la fente palpébrale et occlusion incomplète des yeux pendant le sommeil ou au commandement (signe de Stelwag). Signe de Græfe négatif (synergie des mouvements des paupières et des globes oculaires).

Signe de Mobius négatif (aucune difficulté dans la convergence des yeux).

N'est pas réglée depuis trois mois. Polyurie. Analyse des urines le 13 mai, négative.

Pas de troubles trophiques. Quelques troubles vaso-moteurs. Sueurs profuses, la nuit surtout. A toujours trop chaud, bien qu'elle vienne d'un pays à climat plus doux que celui de Marseille.

13 mai. — A passé une assez bonne nuit ; a été tranquille dans la matinée. L'après-midi, elle s'est excitée, a jeté ses bas après les avoir déchirés. A peine au lit, le soir, elle a crié, causé à haute voix jusqu'assez tard dans la nuit.

14 mai. — Désorientée et désordonnée. Propos incohérents ; parle à quelqu'un qu'on ne voit pas, avec des inflexions calines ou menaçantes.

Elle tord sa bouche, tourne en haut ses yeux, se plie en deux sur sa chaise, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, repousse la religieuse et paraît y prendre grand plaisir.

15 mai. — Logorrhéïque cette nuit. Au réveil, quelques réactions violentes vis-à-vis des religieuses et infirmières. A une soif ardente. Une nouvelle analyse des urines reste négative au point de vue glucose et albumine. Un autre examen ne décèle pas non plus la présence de lévulose.

16 mai. — Nuit très agitée ; a chanté beaucoup ; cherche à mordre les personnes qui l'approchent. Sueurs abondantes dans l'après-midi ; faciès très coloré, pouls rapide. A deux reprises, a eu comme une perte de connaissance, avec yeux grands ouverts, écume labiale non sanglante ; l'incontinence des réservoirs n'est pas certaine.

17, 18 mai. — Alternatives de calme lucide et d'agitation, avec obnubilation. Propension aux larmes.

20 mai. — Se déshabille, jette loin d'elle ses vêtements après les avoir déchirés. Gâtisme intermittent.

21, 22 mai. — A certaines heures, a des sueurs profuses qui l'affaiblissent beaucoup, dit-elle. Souvent agitée ; insomnie partielle. S'alimente bien.

23 mai. — Calme, mais confuse et obnubilée. A bien dormi toute cette nuit. Habitudes solitaires.

24, 25, 26 mai. — Assez tranquille. A reçu la visite de son mari. Elle l'a reconnu, l'a reçu avec joie ; a parlé raisonnablement avec lui. Pendant la nuit, s'est mise entièrement nue et s'est promenée dans le dortoir. Gâtisme nocturne.

27 mai. — Subagitation.

Certificat de quinzaine : Délire confusionnel hallucinatoire concomitant à l'évolution d'un goître exophtalmique. Signé : Dr Alombert-Goget.

28, 29 mai. — Assez bonnes journées. A certaines heures, elle est de nouveau très désorientée ; ne sait dire ni où elle se trouve ni depuis quand elle est ici ; fait des gestes imprécis. Pollakiurie et polyurie l'obligeant à se lever 4 ou 5 fois par nuit.

30 mai. — S'apeure très facilement, dit qu'elle souffre dès qu'on la touche et se met à gémir longuement. Cependant, à l'examen méthodique des téguments, on ne constate aucune zone d'hyperesthésie.

31 mai. — Inquiète et fort anxieuse aujourd'hui. A pleuré longtemps en demandant son mari. Tremblements marqués des membres ; oscillations de la tête. A pu cependant partir à 7 h. du soir pour Paris, où on doit l'opérer de son goître dans le service du docteur Rochard.

A noter que, pendant son séjour à l'Asile, il n'a été fait qu'un traitement des symptômes (Balnéation, anti-névralgiques, sédatifs, hypnotiques), mais aucun traitement spécial pour son goître exophtalmique. Cela, dans le but de ne troubler en rien les résultats possibles de l'opération. La malade avait, en Egypte, déjà suivi un traitement opothérapique.

Depuis son départ, nous n'en avons plus eu aucune nouvelle, malgré les promesse réitérées qu'on nous avait faites de nous tenir au courant de l'évolution de son affection.

CONCLUSIONS

1° On rencontre, au cours du diabète, des troubles psychiques élémentaires, et plus rarement des psychoses associées.

2° Ces troubles psychiques élémentaires consistent en paresse intellectuelle et diminution de la mémoire, préoccupations hypocondriaques, mobilité de l'humeur, émotivité, hypo-affectivité, diminution de l'énergie morale et physique. Ils n'ont pas de caractère spécifique et n'appartiennent pas en propre au diabète, aux diverses phases duquel ils ne sont pas étroitement liés. Le traitement antidiabétique les influence d'une manière inégale.

3° On décrit des psychoses qui appartiendraient en propre au diabète, et qui trouveraient en lui leur cause. L'analyse des cas considérés comme tels, ainsi que nos propres observations, nous ont démontré l'inexistence d'une telle entité nosologique : la folie dite diabétique paraît plus un schéma ingénieux qu'une réalité clinique.

4° L'étude étiologique des cas publiés nous montre que les psychoses associées au diabète ont leur origine principalement dans l'hérédité vésanique, et secondairement dans des intoxications surajoutées (hypnotiques, alcool), soit enfin dans des modifications générales intéressant l'organisme tout entier, comme par exemple l'involution présénile.

Dans la constitution de ces psychoses, le diabète nous a paru jouer tout au plus un rôle adjuvant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arndt. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1899, X, p. 429.

Andral. — Article diabète, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Auerbach L. — Ueber das Verhaltniss der Diabetes mellitus zu affectionen der Nervensystems. (Deutsches Archiv. für Klin. Med. Leipz, 1887, 484-508.)

Auerbach. — Troubles mentaux d'origine diabétique. (Deustch arch. f. Klin. Med., 9 décembre 1887).

Arndt M. — Ueber alimentare glykosurie vei einigen Neuropsychosen. Berl. Klin. Wchnsch., 1898, XXXV, 1085-1088.

Agostini C. — Manuali di psichiatria, Milano, 1900, 8°.

Ballet. — Contribution à l'étude du sommeil pathologique. (Revue de Médecine, 1882, nov., p. 948, obs. 3).

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris 1885, 2e éd.

Bouchardat A. — De la glycosurie du diabète sucré, son traitement hygiénique, avec notes et documents sur la nature et le traitement de la goutte, etc., 2e édition, Paris, 1883, 8°.

Beclère. — Sur un nouveau cas de diabète sucré, levogyre, avec état mélancolique, impuissance, insomnie rebelle. (Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux, 25 juin 1897, et Semaine Médicale, 1897, p. 259).

Berckley H-I. — A treatise of mental diseases, 8°, New-York, 1900.

C. Bosc. — Diabète et troubles mentaux. Revue de Psychiâtrie, 1906, p. 416.

Band H. — Diabète et aliénation mentale. British médical journal. London, 26, sept. 1895.

C.-H. Bond. — Quelques remarques sur les rapports du diabète avec la folie. The Journal of Mental Science, 1896, XIII, 36-54.

Bernard et Ferré. — Des troubles nerveux chez les diabétiques. Archives de Neurologie, 1882, p. 353.

D. Blair. — Influence des psychoses sur les glycosuries nerveuses. The Journal of Mental Sciences, octobre 1900.

Brissaud E. — Polyurie nerveuse et polyurie hystérique. Presse Médicale de Paris, 1897, 165-167.

Bellisari. — Recherches sur la glycosurie alimentaire dans les maladies mentales, au point de vue des rapports de la folie et du diabète. Nouvelle revue Clinico-Thérapeut., n° 4, 1899. (Revue Neurologique, 1889, p. 706).

Bœhm et Hoffmann. — Glycosurie de cause psychique. Archiv. für exper. Path. u Pharmak, VIII.

Beckman J.-W. — Periodeike melancholie en glycosurie. Nederl. Tijidschr. V. Geneesk. Arnst., 1909, 938-940.

Bond C.-H. — Some points in the relation of diabetes to insanity. Journal Mental Sc. Lond., 1896, XIII, 36-54.

Barth H. — Des accidents nerveux du diabète sucré. Union Méd., Paris, 1883, 221-227.

Brochin P.-C.-H. — L'état mental de certains diabétiques. Gazette des Hôpitaux de Paris, 1877, 1177-1179.

Berger. — Cité par Laudeinheimer (Berlin Klin. Wochensch, 13 juin 1898), p. 534.

Bartsch-Julius Albert. — Ueber Diabetische Psychosen. Iena, 1903. G. Nenenkahn, 40, p. 8°.

Bond C.-H. — Further points in the relations of diabetes including glycosuria to insanity. J. Ment. Sc. Lond., 1897, XIII, 291-313.

Ballet G. — Traité de médecine mentale, Paris, 1903, oct. Doin, édit.

Cornu Ed. — Un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques. Annales médico-psychologiques, Paris, 1902, IX, 392-399.

Cuffer. — Polyurie. Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique. Paris, 1880, XXIX, 59-76.

Charpentier. — Les intoxications et la paralysie générale. Paris, 1890.

— Des folies diathésiques, 1893, Congrès de la Rochelle.

Chauffard. — Les petits accidents nerveux du diabète sucré. (Semaine Médicale, 1893, p. 69).

Cotard. — Aliénation mentale et diabète. Archives générales de Médecine, 1877, 257-262.

Cohn E.-A. — Diabetes und Psychose, 8°, Berlin, 1881.

— Observations in Centr. Bl. f. Klin. Med., 10 déc. 1892. p. 1063.

Cutterre. — Traité pratique des maladies mentales, 12°, Paris, 1890.

Chevalier-Lavaure F.-A. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales.

— Contribution à l'étude de la folie. Thèse de Bordeaux, 1889-1890, n° 57.

Charrin. — Maladies du foie et folie, Compte-rendu Société Biologie, Paris, 1892.

— Diabète sucré avec lésion du quatrième ventricule. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1862, XXXV, 13.

Dickinson W.-H. — On certain morbid changes in the nervous system associated with diabetes. Med. Chir. Tr. Lond., 1870, 241-244.

— On changes in the nervous system in diabetes Lancet, London, 1878, I. 117 : 160.

E. Demange. — Article Diabète, dictionnaire encyclopéd. Sc. Médicales, tome XXVIII, 2e partie, p. 570.

Dupouy E. — Recherches sur les maladies constitutionnelles et diathésiques dans leurs rapports avec les névroses et principalement avec la folie. Annales médico-psychologiques, Paris, 1866, p. 21 : 201.

De los Santos. — De l'état mental chez certains diabétiques Thèse de Paris, 1878.

Desbonnets. — Les complications nerveuses du diabète sucré. Thèse de Paris, 1899-1900.

Dreyfous F. — Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré. (Thèse d'agrégation, Paris, 1883.).

Dagonet. — Traité des maladies mentales, 8°, Paris, 1894, 864 p., F. Alcan.

Dickinson W.-H. — Diseases of the nervous system sometimes regarded as functional, with particular reference to diabetes. — Lancet, London, 1904, II, 1629-1633.

De Veny S.-C. — Mental symptomes of diabetes. Medecine, Detroit, 1897, iii, 812-815.

Dumm S.-C. — Report of a case of diabetes mellitus, with nervous symptoms. Ann. m : Bi. Weekly, Louisville, 1879-1880, XI, 1-3.

Eihrenberg R. — Ueber alimentare Glycosurie bei psychosen. Monahschr. f. Psychiat. u. neurol. Berl., 1909, XXV, 1-12.

Fornaca G. — Contributo clinico alla studio dei disturbi psichici e diabete. Riv. Veneta di sc. med. Venezia, 1909, II, 145-157.

Frerichs. — Traité du diabète. Traduction de Lubausky, Paris, 1885, 312 p. 5 pl. 8°.

Farez P. — Idées délirantes de persécution avec hallucinations auditives et visuelles, consécutives à un traumatisme psychique chez une glycosurique. Traitement hypnotique et guérison des troubles mentaux, malgré la persistance de la glycosurie. Indépendance Médicale, Paris, 1900, VI, 65-68.

Fassy. — Considérations sur l'état mental chez certains diabétiques. (Thèse de Bordeaux, 1887).

Fauconneau-Dufresne V.-A. — De l'influence du système nerveux dans la production du diabète. Gazette hebdomadaire de Médecine, Paris, 1860, 133-138.

Finder G. — Psychosen bei Diabetes mellitus, 8°, Berlin, 1891.

Gilbert-Ballet. — Traité de Pathologie mentale, Paris, 1903, p. 1039.

Gadzintcki. — Présence du sucre et de l'albumine dans l'urine des aliénés, d'après Targovola. Tribune médicale, 1893.

Grellety. — Des principales complications du diabète. Lyon Médical, 1880, p. 521-530.

Geuth (Max.). — Zur neuropathischen enteshung des diabet. mellit., 1873, Greifswald. Thèse.

Hughes C.-H. — Glycosuria and melancolia, Chicago, 1883, 3 p. 8°.

Ingegnieros I. — La pseudo-paralysie générale diabétique. Revue de Neurologie, Paris, 1905, p. 709-718.

Kauffmann. — Ueber Diabetes und Psychose. Munchen. med. Wchnschr, 1908, IV, p. 621-623.

Laffont Marc. — Recherches sur la glycosurie considérée dans ses rapports avec le système nerveux. Thèse de Paris, 1880.

Lailler. — De l'urine dans l'aliénation mentale au point de vue de la recherche du sucre. Journ. de Méd. ment., Paris, 1868, 321-323.

Laudenheimer R. — Diabetes und Geistesst-ôrung. Berl. Klin. Wchnschr., 1898, XXXV, 463 : 492 : 513 : 532.

Liebe. — Observations sur des diabétiques. (Arch. de Neurologie, mars 1889, p. 314 et sept. 1889), p. 301.

Lecorché. — Troubles nerveux dans le diabète chez la femme. — Arch. de Neurologie, 1885, p. 406 ; 1886, t. II, p. 50-76.

Legrand du Saulle. — L'état mental de certains diabétiques. Gazette des Hôpitaux de Paris, 22 décembre 1877.

— Les accidents cérébraux dans le diabète ; état mental des diabétiques. Gazette des Hôpitaux de Paris, 26 février 1884, 137-161-185 : 210 : 233.

Lépine. — Sur le syndrome lévosurique et sur les troubles mentaux consécutifs au diabète. Semaine médicale de Paris, 25 octobre 1899.

Lépine R. — Le diabète sucré, Paris, 1909, P. Alcan, 719, p. 8°

De los Santos. — De l'état mental chez certains diabétiques. Thèse Paris, 1878.

Lailler. — De la glycosurie chez les aliénés. Annales médico-psychologiques, 5e série, 1869, juillet, p. 16.

L. Marchand et Ollivier. — Diabète et troubles mentaux. Gazette des Hôpitaux, 1906, n° 201, p. 1203, septembre.

Marie et Robinson. — Sur un syndrome clinique, état mélancolique avec insomnie et impuissance chez les diabétiques lévulosuriques. Semaine Médicale, 1897, p. 250. Bull. Méd. Soc. Méd. Hôpitaux, 1897.

Dr Marandon de Montyel. — Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la glycosurie dans la paralysie générale (travaux originaux). Bull. Médical, 1902, p. 821-824.

Mairet et Bosc. — Aliénation mentale par trouble de la nutrition. Ann. Médico-psychol., 1892.

Mary E. — Contribution à l'étude de quelques troubles nerveux qui surviennent chez les diabétiques. Thèse de Paris, 1881.

Mabille et Lallemand. — Folies diathésiques. Bull. Académie de Médecine de Paris, 1890.

— Folies diathésiques. Bull. Académie de Médecine de Paris, 1901.

Marchal de Calvi. — Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale sur le diabète. Paris, 1864.

Mac Clentoch. — Case of diabetes mellitus following injury of the brain. Medical Record New-York, 1867, II, p. 387.

Morache G. — Glycosurie. Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, Paris, 1883, ter. IV, 421-454.

Madigan M.-J. — Mental symptoms of diabetes. Medical Standard, Chicago, 1893, p. 33.

MM. Oberthur et Chenais (de Paris). — Psychasthénie et Diabète. Congrès de Pau, 1904. Analyse in Revue Neurologique, 1904, p. 917.

Osler W.— An acute myxœdematous condition, with tachycardia, glycosuria, melœna, mania, and death (J. New of Ment. Diseases, New-York, 1899, XXVI, 65-71).

Parisot. — Contribution à l'étude de la glycosurie d'origine nerveuse. Revue médicale de l'Est, Nancy, 1909, p. 239-246.

Palle F.-L.-E. — De quelques terminaisons et complications du diabète sucré. Thèse de Paris, 1864.

Popoff A. — L'auto-intoxication comme cause des troubles de la sphère psychique. Messager Médical Russe, n° 4, 1902, t. IV, p. 1-35.

Régis et Chevallier Lavaure. — Congrès de la Rochelle, 1903.

Régis. —Auto-intoxications et délires. Archives cliniques de Bordeaux, 1899.

— Notes sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. Presse Médicale, 1898.

— Précis de Psychiâtrie, 4e édit., Paris, 1910.

Riggs (Eug.). — Journal of mental diseases, 1890.

Roubinovitch. — Troubles mentaux liés au diabète.

— Traité de Pathologie mentale de Gilbert-Ballet, Paris, 1904, p. 465.

Rodiet. — Les troubles de l'intelligence dans les délires par intoxication. Archives générales de médecine, août 1910.

G. Sée. — Clinique 1873, cité par Christi-Buicli.

— Cours de 1863, Cité par Andrey.

Seegen. — Der Diabetes mellitus aut grandlage zahlreichn beobachtungen, 1875.

Savage. — Alternances de névroses. The Journal of mental science, janvier 1887.

Séglas. — Traité de Pathologie mentale (de Ballet, p. 125).

Santenoise A. — Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques ; examen critique d'une hypothèse ; les auto-intoxications dans les maladies mentales. Thèse de Nancy, 1896.

Sengès N-L.-E. — Les troubles mentaux dans le diabète. Thèse de Toulouse, 1908-1909.

Toy J.-A.-M. — Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés. Thèse de Lyon, 1895.

Trousseau. — Article Diabète, dictionnaire encyclopédique sciences médicales.

— Cliniques médicales, t. II.

Tauzi E. — Trattato delle malattie mentale, Milano, 1904, 780 p., 8°.

Vergely J. — Les accidents nerveux du diabète. Archives cliniques de Bordeaux, 1898 ; 113, 195, 252-303.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 décembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 décembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !